

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

LÉA SILVIA FIGUEIREDO DOS SANTOS



**O Jeitinho na Busca do Direito: Acesso e Integralidade na
Atenção Urológica na Região Metropolitana I do Rio de
Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso**

RIO DE JANEIRO
Abril de 2016

Léa Silvia Figueiredo dos Santos

O Jeitinho na Busca do Direito: Acesso e Integralidade na Atenção Urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador:
Professor PhD. Eduardo Mourão Vasconcelos

RIO DE JANEIRO
Abril de 2016

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, hoje e sempre, por iluminar meus caminhos, decisões e sempre me dar forças para seguir em frente;

Em segundo, a minha mãe, por acreditar no meu sucesso e não poupar esforços por minha formação pessoal e profissional;

Aos profissionais do Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso, que me ajudaram tanto na formação como nos momentos de dificuldade que vivi do início à conclusão deste trabalho; aos mestres e às supervisoras de campo, que puderam me proporcionar aprendizados que transcendem as salas de aula e permanecem por toda a vida, principalmente as minhas supervisoras de campo de estágio, Juliana Menezes, Cíntia Nery e Leonor Gomes;

Ao setor de urologia do HFB que sempre apoiou para a realização desse trabalho. Aos médicos e usuários do setor de urologia que se dedicaram à participação da minha pesquisa, e contribuíram para a elaboração desse estudo;

Ao meu orientador Eduardo Mourão Vasconcelos, um professor e ser humano incrível, que contribuiu de maneira significativa para a revisão de muitos de meus conceitos limitados e por toda apoio para a realização desse trabalho;

Aos queridos e queridas colegas de turma, em especial à amiga Liliane, agradeço pelas experiências e grandes momentos compartilhados, que tornaram os anos de faculdade ainda mais especiais;

E por fim agradeço a minha amiga/irmã Monique e a minha tia Luzia, praticamente segunda mãe, por estarem sempre ao meu lado, em todas as fases da minha vida.

RESUMO

SANTOS, Léa Silvia Figueiredo dos. **O Jeitinho na Busca do Direito: Acesso e Integralidade na Atenção Urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este trabalho tem como objetivo analisar a assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso. A pesquisa busca investigar a pertinência da hipótese principal de que, em um contexto de precarização do SUS na atenção básica e na média complexidade, temos como resultado uma sobrecarga nas unidades de alta complexidade, que passam a desempenhar a função dos demais níveis de atenção. A presente pesquisa constitui um estudo de caso unitário com três níveis de análise: (I) a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, (II) o Hospital Federal de Bonsucesso e o Setor de Urologia do HFB, e (III) a percepção sobre estes problemas por parte dos usuários e médicos do setor de urologia do HFB. Para subsidiar o estudo, empreendeu-se uma ampla revisão e contextualização sobre a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil, no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana I. Os resultados obtidos apontam para a comprovação da hipótese principal, uma vez que a escassez ou ausência de assistência urológica na atenção básica e na média complexidade resulta na absorção dessa demanda pela alta complexidade, com sérias implicações na dinâmica de acesso dentro do hospital, no agravamento do estado de saúde dos usuários, como também no cotidiano da prática médica dentro da unidade. Além disso, constatou-se dentro do HFB que os usuários utilizam de várias estratégias conhecidas de *jeitinho*, muito usuais na realidade brasileira, como forma não oficial de buscar acesso a serviços que deveriam ser garantidos como direito do cidadão, diante da precariedade da assistência em todos os níveis de atenção do SUS, bem como da falta de mecanismos de referência e contrarreferência no sistema. Esse trabalho busca contribuir, assim, para a reflexão crítica e avaliação das políticas de saúde voltadas para a área de urologia dentro do SUS, particularmente relacionadas a seus princípios de acesso e integralidade do cuidado.

Palavras-chaves: urologia, urológica, acesso, integralidade, Região Metropolitana I do Rio de Janeiro

Sumário

Lista de Gráficos, Tabelas, Mapas e Quadros	07
Introdução	08
1. Política de Saúde no Brasil	13
1.1 Trajetória da Política de Saúde no Brasil - 1930 a 1985	13
1.2 Política de Saúde no Brasil: no período da redemocratização e os efeitos da contrarreforma - 1985 a 2002	21
1.3 Política de Saúde nos Governos Petistas - 2003 até os dias atuais	29
2. A Saúde no Estado do Rio de Janeiro: um olhar sobre a Região Metropolitana I	39
2.1 Breve Histórico da Saúde no Estado do Rio de Janeiro	39
2.2 Panorama da Saúde na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro	48
2.2.1 O Município do Rio de Janeiro	49
2.2.2 A Baixada Fluminense	59
2.2.3 Principais Problemas e Propostas da Saúde para a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro	62
3. Os Conceitos de Acesso e Integralidade como Princípios Fundamentais do SUS	70
3.1 Acesso	70
3.2 Integralidade	75
4. Os Caminhos da Pesquisa e Resultados	79
4.1 Percurso Metodológico	80
4.2 Assistência Urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro	90

4.3 O Hospital Federal de Bonsucesso e o Serviço Social	120
4.3.1 Hospital Federal de Bonsucesso	120
4.3.2 O Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)	131
4.4 A Urologia no Hospital Federal de Bonsucesso em Foco	135
4.5 Perfil dos Usuários em Urologia do HFB	140
4.6 Percepção de Usuários e Urologistas do Hospital Federal de Bonsucesso, a Respeito da Assistência Urológica	146
4.6.1 A percepção dos usuários sobre a falta de acesso na atenção básica e na média complexidade em Urologia na metropolitana I do Rio de Janeiro	146
4.6.2 O jeitinho como outra forma de acesso a uma unidade de Alta Complexidade, o Hospital Federal de Bonsucesso	151
4.6.3 A Percepção dos médicos urologistas em relação à assistência urológica na Região Metropolitana I e no Hospital Federal de Bonsucesso	156
a) Estrutura da assistência urológica na metro I do Rio de Janeiro e os reflexos no HFB	156
b) Acesso ao serviço de urologia do HFB: o jeitinho versus o direito	162
c) Principais problemas do setor de urologia do HFB	164
Considerações Finais	170
Referências	174
Apêndices	181
Anexos	187

Lista de Gráficos

01	Percentual da Verba Investida na Saúde por Estado ano 2012	46
02	Tipos de Vínculos dos Médicos Urologistas no SUS na METRO I do Rio de Janeiro	114
03	Procedência dos Pacientes do HFB	123
04	Município de Origem dos Pacientes da Urologia/HFB	140
05	Percentual de pacientes por sexo na Urologia/HFB	141
06	Áreas corporais com Patologia, Aguardando Cirurgia em Urologia – do sexo Masculino	142
07	Áreas corporais com Patologia, Aguardando Cirurgia em Urologia – do Sexo Feminino	142
08	Exames Pré-Operatórios em Urologia do HFB	144

Lista de Tabelas

01	Investimentos do Ministério da Saúde de 2001 a 2013	34
02	Cobertura Populacional por ACS e ESF na METRO I do Rio de Janeiro, 2010 a 2014	92
03	Policlínicas – Atenção Secundária do Município do Rio de Janeiro	99
04	Produção do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) em Urologia da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, 2009 a 2014	108
05	Unidades com Serviços Especializados em Urologia	115
06	Morbidade de Câncer de Próstata na METRO I / RJ 2009-2014	118
07	Morbidade de Câncer de Bexiga na METRO I / RJ 2009-2014	118
08	Produtividade Anual do HFB, de 2010 a 2014	123

Lista de Mapas

01	Mapa da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro	49
02	Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro - SMS	52

Lista de Quadros

01	Estratégias no Campo de Pesquisa.	82
02	Distribuição dos Assistentes Sociais por Clínicas e Programas	132

INTRODUÇÃO:

O presente trabalho surgiu a partir da observação das demandas espontâneas que se dirigiam ao plantão social¹ do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) com objetivo de obter acesso aos serviços voltados para a atenção urológica. Tal procura por essa especialidade se destacava em comparação com as demais especialidades médicas. Essas observações foram realizadas durante o meu estágio supervisionado da graduanda em Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no período de abril de 2009 a junho de 2011.

É Importante destacar que assim que fui aprovada no processo seletivo de estágio, fui designada para ser supervisionada por três assistentes sociais da instituição, que atuavam em especialidades distintas (Clínica Médica, Neurocirurgia e Urologia) e que tinham em comum, assim como outras assistentes sociais, a atuação no plantão social. Diante disso, atuávamos de forma alternada nos vários setores acima, o que me permitia participar das atuações nos ambulatorios e enfermaria de cada especialidade, bem como observar o atendimento no plantão social quando estas profissionais estavam previamente escaladas para trabalhar nesse setor.

No plantão social era muito frequente a busca de usuários com encaminhamentos externos ou guia de referência e contrarreferência, sem estar determinado no documento a unidade que teria que prestar tal atendimento. Diante disso, os usuários faziam verdadeiras *peregrinações* nas diversas unidades em busca

¹ Plantão Social na saúde é um espaço sócio-ocupacional comum à quase todos os assistentes sociais nas diversas unidades de saúde, em seus diversos níveis de atenção – primário, secundário, terciário e quaternário (VASCONCELOS, AM 2007). Espaço que propicia socialização de informação e orientação para a garantia de acesso aos direitos de cidadania- política e social. No HFB, está localizada prédio 4, 2º andar. Espaço de atuação dos profissionais do Serviço Social com exceção dos assistentes sociais da Emergência e da Nefrologia.

de atendimento, oriundos não somente do município do Rio de Janeiro, como também muitos vindos da Baixada Fluminense. A título de exemplo: presenciei o caso de uma senhora que tinha ido a cinco unidades de saúde para buscar atendimento em urologia para o esposo, mas sem sucesso. Além de presenciar os relatos da demanda reprimida, mesmo não estando no setor, podemos constatar no livro do Plantão Social², com frequência, essas mesmas solicitações e reclamações, não somente de procura espontânea³ externa, como também a procura por parte de usuários acompanhados no ambulatório ou na enfermaria da própria unidade, ou seja, já inseridos no serviço de urologia no HFB, e que reclamam da demora para serem operados, pela falta de insumos, demora para realização de exames, etc.

Diante dessas questões, que podemos interpretar como uma expressão da questão social no cotidiano profissional e no campo de estágio, pude notar a impressão que os usuários têm ao buscar o serviço social na unidade, segundo Ana Vasconcelos: “os assistentes sociais são reconhecidos pelos usuários como ‘seres humanos’ interessados em ‘AJUDAR’” (2006:255). Diante da negativa para obter acesso, são orientados inclusive por funcionários da unidade a buscar o serviço social para dar um **“jeitinho”** no problema em questão e inserir essa demanda na unidade por meio de encaminhamentos internos ou até fazer contatos para facilitar a inserção na unidade de alta complexidade. Podemos entender por “jeitinho” um conjunto de estratégias que os usuários utilizam, notadamente os *conhecimentos* pessoais diretos e indiretos, para conseguir atendimentos na unidade.

² Livro do Plantão Social- onde são registrados os atendimentos realizados pelos assistentes sociais que atuam nesse setor.

³ Segundo Ana Vasconcelos, a procura espontânea ocorre “quando os usuários procuram espontaneamente o plantão social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações” (2006:248).

Ora, cabe ao assistente social crítico e propositivo, a partir dos princípios e do objeto da ação profissional, que são as expressões da questão social que se apresentam no seu cotidiano, entender essa demanda e verificar maneiras de como pode contribuir para a conquista dos direitos dos cidadãos no seu campo de atuação. Para Ana Vasconcelos, a prática profissional na saúde investe na busca ativa de pacientes (...), mas não dá a “atenção devida à demanda espontânea que pode estar sinalizando algo, mas na medida que não é valorizada, tem diagnóstico retardado ou não chega a ter diagnóstico” (2006:259). Diante dessa gama de observações e conhecimentos adquiridos à priori, surgiram questões que desencadearam a necessidade de aprofundar o estudo, valorizando a demanda espontânea com recorte na atenção urológica.

Assim, investimos na hipótese principal de que em um contexto de precarização do SUS e de sua oferta de serviços de baixa e média complexidade no sistema, temos como resultado uma sobrecarga na unidade de alta complexidade (HFB), que acaba exercendo também a função dos demais níveis de atenção, se confrontando com o que se preconiza nos princípios de acesso e atenção integral estabelecidos no texto constitucional de 1988 e do Sistema Único de Saúde. A pesquisa pretende também investigar quais são os entraves percebidos e estratégias utilizadas tanto pelos usuários como para os profissionais da equipe médica em urologia para o enfrentamento dos desafios associados aos princípios de acesso e integralidade.

Diante do fluxo das demandas externas, principalmente por parte dos usuários vindos da Baixada Fluminense, passamos a fazer um movimento contrário para análise, ou seja, começamos nos questionar o porquê desse êxodo e dessa demanda reprimida advindos dos municípios pertencentes à Baixada Fluminense. Como se apresenta a

rede de assistência em urologia nos municípios dessa região? Não somente dessa região, mais também do próprio município do Rio de Janeiro, uma vez que dentro do próprio município há também uma grande demanda espontânea externa em busca de serviços na unidade de saúde de alta complexidade. Para isso, foi necessário verificar a situação de saúde na atenção urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Esse trabalho foi estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil, dos anos 30 até os dias atuais. No segundo capítulo, o foco é a assistência em saúde no Estado do Rio de Janeiro e um panorama mais específico da saúde na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. No terceiro capítulo são discutidos os conceitos de acesso e integralidade como princípios fundamentais do SUS. E por fim, no quarto capítulo veremos o processo da construção da pesquisa e seus resultados.

Esse trabalho constitui, do ponto de vista de seu desenho metodológico, um estudo de caso unitário, mas com diversos níveis de análise (a assistência urológica em uma região metropolitana, em um hospital e sua percepção por parte dos usuários e médicos), em que se utilizou de diversas fontes e instrumentos de pesquisa, tais como: material bibliográfico e digital primário (jornais, sites, planilha e fluxo de usuários na instituição, etc), contatos telefônicos, visitas institucionais, observação participante, entrevistas, para abordar o seu objeto de investigação. Este objeto e seus objetivos (geral e específicos) podem ser expressos, no formato convencional, da seguinte forma:

Objetivo geral:

Realizar um estudo de caso da assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso, no período entre abril/2011 e abril de 2016.

Objetivos específicos:

- Analisar as condições de acesso e integralidade na assistência urológica na rede de atenção à saúde do SUS na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, nos níveis de baixa e média complexidade;
- Avaliar as condições de acesso e integralidade na assistência urológica no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), tanto do ponto de vista de suas relações e fluxos de atendimento internos, como uma unidade de alta complexidade, mas também na sua relação com os outros diversos níveis de atenção na região Metropolitana I, na qual o HFB está inserido;
- Identificar a hipótese principal de que, tendo em vista as deficiências da assistência urológica nos níveis de baixa e média complexidade, a unidade de alta complexidade está desempenhando também funções desses outros níveis de atenção, e de que o estado agudizado e agravado da maioria dos usuários que chegam à urologia do HFB seria decorrência das dificuldades de acesso aos outros níveis;
- Captar e analisar a percepção sobre estes problemas, por parte dos usuários e dos médicos ligados à área de urologia do HFB.
- Contribuir para avaliação e formulação de políticas no SUS, no campo da assistência urológica no Rio de Janeiro e no país;
- Dar visibilidade e ampliação à voz e aos interesses dos usuários do SUS, no campo da urologia e da assistência em saúde em geral;
- Contribuir para ação política dos atores e movimentos sociais do campo da saúde, particularmente aquelas que atuam na esfera do controle social.

Em suma, pretendeu-se, com os resultados deste estudo, contribuir para que os princípios do acesso e a integralidade, tão caros ao SUS, não fiquem apenas no papel como marco legal, mas que possam ser efetivados no cotidiano dos usuários do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo pretende traçar um breve histórico da Política de Saúde no País, desde a sua concepção até a atualidade. Destaca-se a importância de compreender a trajetória sanitária no Brasil, para entender todo o processo da construção da cobertura em saúde, desde a forma de seguro social para os trabalhadores até se constituir como um direito todos e um dever do Estado.

O capítulo está estruturado em três itens: o primeiro item aborda as mudanças na construção da política de saúde no período de 1930 a 1985. O segundo item aborda as transformações na política de saúde no cenário nacional entre os anos 1985 a 2002, anos estes em que a saúde passou a ter o caráter universal e integral de acordo com a Constituição de 1988, e os efeitos da contrarreforma para impedir os avanços na saúde pública conforme idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária. No terceiro item faremos uma breve análise da saúde nos Governos Petistas de 2003 até os dias atuais.

1.1. Trajetória da Política de Saúde no Brasil – 1930 a 1985

No Brasil, o Estado passou a intervir na área da saúde no século XX, mais efetivamente na década de 1930. Antes, segundo Bravo (2006:89), a assistência à saúde era praticada pela filantropia e por profissionais liberais. No século XIX, devido às características da estrutura política e econômica do império, foram tomadas apenas algumas iniciativas “no campo da saúde pública, como vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”.

As campanhas sanitárias promovidas pelo Estado no século XX tinham o objetivo de conter as endemias e dar o mínimo de condições sanitárias, uma vez que estavam em processo de crescimento urbanístico. Na década de 1920, vimos tentativas de extensão dos serviços para a saúde pública por todo o país. Um exemplo disso foi à reforma de Carlos Chagas, em 1923, com objetivo de ampliar o atendimento à saúde.

Nesse mesmo período, Bravo destaca, que:

também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo o mais importante a *criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)* (2006:90).

As CAPs foram criadas em um cenário de tensões sociais por parte dos trabalhadores que começam a se organizar em associações; e com o intuito de coibir o avanço desses conflitos a burguesia reconheceu a necessidade da intervenção do Estado. Conhecidas como Lei Elói Chaves, as CAPs tinham recursos advindos da União, das empresas empregadoras e dos empregados. Elas tinham como características a organização por empresa, e o presidente era escolhido pelo Presidente da República, “mas os patrões e empregados participavam paritariamente da administração” (BRAVO, 2006:90). Os benefícios constituíam em assistência médico-curativa, acesso a medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, além de pensão para os dependentes e auxílio-funeral. Cabe destacar que estes benefícios eram proporcionais às contribuições.

Nos anos 30, a sociedade brasileira passou por mudanças econômicas e políticas que possibilitaram o surgimento de políticas sociais com alcance nacional, como forma de responder às questões sociais, dentre elas, a saúde. Esta deveria se

tornar uma questão política, para contemplar os sujeitos sociais importantes para o capital industrial, a classe trabalhadora, que vivenciavam “precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2006:91). Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criados em 1933.

Segundo Cavalcante & Zucco, havia o entendimento, e ainda há hoje, que saúde é ausência de doença, ou seja, “o que pressupõe a intervenção médica no indivíduo no sentido de recuperar a sua saúde, com uso de medicações, exames complementares, internação, entre outras prescrições” (2006:67). As mesmas autoras destacam que tal noção norteou tanto as ações campanhistas implementadas pela saúde pública como na assistência médico previdenciária prestadas pelas CAPs quanto, e posteriormente, os IAPs. *E de certa forma, resultou posteriormente em uma “acentuada dicotomia entre a saúde pública e saúde curativa, conformando sistemas de saúde marcados por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas” (CAVALCANTE & ZUCCO, 2006:68).*

No entanto, tal entendimento sobre o saúde-doença foi superado teoricamente pela concepção a Organização Mundial de Saúde (OMS) que em 1948, ao definir saúde como completo bem-estar físico, mental e social. Diante disso, a compreensão da saúde não se limitava apenas à dimensão biológica, mas a um olhar multidisciplinar em que outros profissionais (não somente os da área da medicina) contribuiriam para recuperação e garantia de saúde, com atuação também nas políticas de saúde. Entretanto, essa concepção *avançada* de saúde a doença ainda ficou mantida sob

Responsabilidade do médico, colocando os demais profissionais na condição de paramédicos. Propunha, ainda, um estado ideal de saúde compartimentado em áreas (mental, física e social) que estão relacionadas ao organismo, sem situá-lo na realidade social, econômica e política na qual estava inserido (Ibidem: 68).

As autoras mencionam também, que tal entendimento norteou a estruturação dos serviços, bem como a formação e atuação dos profissionais de saúde na segunda metade do século XX. Além disso, mencionam que o sistema de saúde nacional era configurado em *dois subsistemas*: em *saúde pública* e em *medicina previdenciária*. A *saúde pública* estaria destinada à população sem vínculo formal de trabalho. Caberia então ao Ministério da Saúde, criado em 1953, a responsabilidade pela medicina preventiva e “tinha como foco de atuação as doenças infecto-contagiosas, a saúde da mulher (período gravídico-puerperal) e da criança, as campanhas sanitárias, os programas de imunização, a assistência médica, porém limitada, entre outras ações” (CAVALCANTE; ZUCCO, 2006:69). No que refere à *medicina previdenciária*, as autoras ressaltam que o foco de atuação na área da saúde estava voltada para a especialização clínica e na medicina hospitalar. Tal subsistema estaria destinado a atender as categorias de trabalhadores que atuavam em setores “chaves” para economia brasileira, tais como: os ferroviários, os estivadores, marítimos e bancários; e estes contribuíam para a previdência social. A legislação no período de 1930/43 promoveu mudanças no que diz respeito aos direitos trabalhistas, tais como: carteira assinada, jornada de trabalho, lei de férias, repouso remunerado. Vale lembrar que nesse período o Estado brasileiro tinha características autoritárias, e que esses direitos sociais foram instituídos com o intuito de conter conflitos sociais, respondendo com essas ações reivindicações da classe trabalhadora com mínimo necessário pra sobrevivência, e por outro lado atendendo os interesses da burguesia que ditava os limites dessa intervenção do Estado.

A partir dos anos 1950, diante de resultados negativos apontando que este modelo de saúde não conseguia atender mais as necessidades da população que

estava vivendo em um período de crescimento econômico, acabou impactando nos IAPs. Devido ao aumento de gastos na Previdência Social, as empresas médicas com fins lucrativos, ou seja, ligadas aos interesses capitalistas do setor, “pressionavam o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2006:92). Contudo, segundo Bravo, mesmo com essas pressões, a assistência previdenciária continuou a ter os serviços fornecidos pelos próprios Institutos, onde as formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram pouco expressivos no quadro geral da prestação da assistência médica pelos Institutos.

A partir de 31 de março de 1964, com o novo regime autoritário, essa situação passou a ser diferente. O Regime Militar passou a intervir na *questão social*⁴ através da *repressão* para conter conflitos e da *assistência* ao ampliar políticas sociais no Brasil pra legitimar o novo governo, porém sempre se adequando a lógica burguesa. Como exemplo, a política de saúde no período da ditadura militar, particularmente entre 1974-1985, passou a privilegiar o modelo médico-assistencial privatista. O governo militar acreditava que esse regime resolveria os problemas estruturais (econômico-social e político) por quais passavam, o que na realidade não aconteceu, pelo contrário, os problemas foram aprofundados. Nesta direção, criaram as condições ideais para a afirmação dos interesses da burguesia ao aumentar exponencialmente o endividamento do país em detrimento das políticas públicas.

No ano de 1966, ocorreu a unificação das IAPs e em seu lugar passou a vigorar o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este passou a concentrar as

⁴ Segundo Iamamoto, a *questão social* diz respeito ao “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (2001: 27).

contribuições previdenciárias para conceder direitos sociais, mas essa junção ocorreu para atender a duas características fundamentais:

o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2006:93).

Bravo ressalta assim, que o INPS passou a atribuir aos trabalhadores apenas a condição de contribuintes, retirando-os da gestão como forma de um maior controle do Estado na Previdência Social. Ou seja, a criação do INPS “constitui-se na modernização da máquina estatal”, resultando na ampliação o poder “regulatório sobre a sociedade” por parte do Estado (Ibidem, 2006:93), com vistas à desmobilização das forças democráticas, entre elas, as das classes trabalhadoras. Como contrapartida, essa nova reforma padronizou os benefícios e estendeu a cobertura previdência para o trabalhador rural, em 1971, aos trabalhadores domésticos e autônomos, em 1972. No entanto, mesmo com esta ampliação do acesso aos benefícios previdenciários, a política de saúde manteve **o caráter contributivo** e não se constitui como **um direito universal**, legitimando assim, a desigualdade do acesso a ações e serviços de saúde para os não segurados da sociedade brasileira. Outro dado importante de se sinalizar é que o INPS recebia os seus recursos da Previdência Social, enquanto o Ministério da Saúde disputava com outras pastas de políticas públicas por recursos orçamentários.

Além disso, Neste período a saúde pública teve um declínio e em contrapartida a medicina previdenciária cresceu consideravelmente. Nessa conjuntura, Oliveira e Teixeira (1986:207 *apud* BRAVO, 2006: 94) apontam que este modelo privilegiava o setor privado, por dar “ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada” em detrimento da saúde pública e saúde curativa, além da articulação

com o Estado para a “criação do complexo médico-industrial”, visando à lucratividade no setor da saúde, atendendo assim, os interesses do produtor privado desses serviços. É importante ressaltar, que o direito ao acesso a assistência à saúde estava condicionado à contribuição previdenciária, ou seja, os que não tivessem um vínculo formal de trabalho estariam excluídos de qualquer direito previdenciário. Nota-se que esta lógica econômica adotada pelo regime militar impactou nos rumos do Ministério da Saúde, que acabou direcionando suas ações para alavancar a mercantilização da saúde, em detrimento da saúde pública.

Na mesma década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), este novo modelo determinou que a responsabilidade sobre a *saúde* fosse do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e a *previdência social* a cargo do INPS. Este projeto tinha a intenção de ampliar o *acesso aos serviços de saúde* a todos os trabalhadores que estivessem inseridos no mercado formal de trabalho. No entanto, tivemos novamente como resultado o *aprofundamento na desigualdade de acesso aos serviços de saúde*, a consolidação do modelo médico-assistencial privatista e a medicalização da saúde. A ênfase para atuação na área da saúde estava centrada na especialização clínica e na medicina hospitalar. Vejamos algumas dificuldades encontradas nesse modelo de saúde:

A generalização da demanda social por consultas médicas em decorrência das graves condições de saúde da população, a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa, a desvinculação do ensino médico da realidade sanitária e a consolidação da relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre os serviços de saúde e usuários contribuíram para a ineficiência do sistema de saúde brasileiro em responder ao quadro epidemiológico da época e mantiveram uma política de saúde excludente (CAVALCANTE; ZUCCO, 2006:69).

Diante de tal quadro de ineficiência do sistema de saúde, aliado a um desgaste político do regime militar e de sua forma autoritária de gestão, acabou resultando em meados dos anos 1970 em uma crescente insatisfação popular em que diferentes setores da sociedade passaram a pressionar o Estado em prol de novos rumos e um maior alcance das políticas públicas no país. Durante esse período os movimentos sociais foram importantes, uma vez que, tinham como uma das suas bandeiras de luta reivindicações a favor da saúde pública e propiciou o surgimento do **Movimento da Reforma Sanitária**⁵ - composto por profissionais da área da saúde, usuários e outros representantes da sociedade civil – que buscava superar o modelo privatista e hospitalocêntrico e apontava a necessidade de universalização do cuidado e de dar ênfase ao cuidado público em saúde, com foco na atenção primária, através de ações de promoção e prevenção.

Para isso, o Movimento Sanitário trazia com frequência em debates a necessidade do fortalecimento da saúde pública com os diferentes segmentos da sociedade – não somente entre profissionais de saúde - difundindo assim, uma dimensão política e não somente técnica da saúde. Além disso, podemos destacar que as discussões com relação à universalidade e a integralidade passaram a ser um dos temas centrais para questionamentos sobre as ações em saúde. Notamos assim, que essas duas perceptivas foram amplamente debatidas e passaram a ser um das

⁵ O movimento da Reforma Sanitária surgiu mais explicitamente a partir de 1978 em eventos acadêmicos e profissionais que debatiam juntos com outros atores sociais novos rumos para a sociedade. Inspirado na Reforma Sanitária Italiana, tinha como característica principal o fato de ser suprapartidário, além de apresentar algumas propostas de mudanças contra-hegemônicas, como “democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria de qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e na equidade das ações. Sua premissa básica era a saúde: um direito de todos e um dever do Estado” (BRAVO,2001 apud BRAVO e et al. 2007:15).

bandeiras principais de luta do movimento sanitário, tanto que serviram mais tarde como base norteadora para a construção jurídica da política de saúde brasileira.

1.2 Política de Saúde no Brasil no período de redemocratização e os efeitos da contrarreforma – 1985 a 2002

Em meados dos anos 1980, ocorreu uma transição da ditadura militar para um processo de redemocratização. E nessa nova conjuntura, os sanitaristas reforçaram a necessidade da mudança conceitual da saúde, que estava até então atrelada ao entendimento de ausência de doença. O movimento da Reforma Sanitária difundiu amplamente a necessidade de se compreender os outros aspectos relacionado às outras políticas sociais que influenciavam as condições de vida da população.

Segundo Bravo (1996), a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 representou um marco porque introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde, ou seja, os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e passaram a ter outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamentares que participaram ativamente tanto no debate, quanto na formulação de propostas políticas para a saúde.

Importantes medidas foram propostas e ao final da conferência ficou definido: a necessidade de separação da “Saúde” da “Previdência”; fortalecer e expandir o setor público; reduzir o setor privado na prestação de serviço à saúde; a defesa da universalização do atendimento; e a “descentralização política e administrativa do

processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local” (BRAVO, 2006:98-99). Além disso, outra importante mudança ocorrera na ampliação do conceito de saúde, ao se afirmar que:

Em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (...). A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde).

Todas essas medidas elevam o nível de consciência sanitária da sociedade brasileira, e com apoio político boa parte das reivindicações do movimento sanitário foram absorvidas na alteração da norma constitucional durante o processo constituinte, resultando em um texto considerado bom para a saúde (BRAVO, 2006). Cabe destacar que os setores ligados ao empresariado não quiseram fazer parte desta conferência em protesto ao princípio da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Além desse fato, com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) após a 8ª conferência, ficou evidente a tensão entre o movimento sanitário e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pois defendiam interesses antagônicos quanto ao rumo da saúde no Brasil. O movimento sanitário buscava o fortalecimento do setor público da saúde e o FBH apoiava a privatização do sistema.

Mesmo diante de tais conflitos, esse período ficou marcado por importantes conquistas no intuito de ampliar os direitos dos cidadãos. As recomendações da 8ª Conferência influenciaram para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que serviu como ponto de partida para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, que incorporou grande parte das

recomendações da VIII Conferência, dentre elas, foram absorvidos os conceitos de universalidade e integralidade nas políticas públicas voltadas para a área sanitária.

Este direito consta no **Art. 196**, que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF.1988).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, na seção que diz respeito à saúde, assumiu muitas recomendações defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, dentre elas a ampliação do acesso a serviços de saúde e que agora tem materializado no texto constitucional a transição do modelo assistencial para a perspectiva da saúde como direito social universal, fazendo parte da Seguridade Social, juntamente com as políticas de Assistência e Previdência Social. A CF88 absorveu o conceito de saúde ampliada, conforme defendido pela 8ª Conferência, ou seja, não ficaram restritas às ações técnicas da área, mas articuladas a políticas econômicas e sociais, em defesa do acesso universal e igualitário aos serviços e ações em saúde.

A formação desse novo sistema único de saúde apresenta as seguintes características: universalidade, integralidade, gratuidade, organização descentralizada com financiamento das três esferas do governo, prioridade nas ações preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, controle social, e participação privada de modo complementar. Como vimos, a saúde como *política* está prevista no Art. 196 da CF de 88 e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentada por duas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), de nº 8.080 e nº 8.124 de 1990, como marcos legais que abordam os

princípios e diretrizes desse novo modelo do sistema de saúde, com vistas à ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços em saúde.

A Lei nº8.080/1990 traz em seu texto as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços voltados para a atenção em saúde. De acordo com essa Lei, é importante ressaltar que as ações e serviços na área da saúde deverão obedecer alguns **princípios**, dentre estes, destacamos: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade da assistência – partindo do entendimento de olhar o usuário na sua totalidade, e para isso, deve-se atender suas necessidades de forma articulada e contínua nas ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema.

Por sua vez, a Lei nº8.124/90 aborda reivindicações que foram vetadas na Lei nº8.080, principalmente ao acrescentar a participação da sociedade civil na gestão do SUS por meio dos conselhos e das conferências de Saúde. Além disso, a referida Lei contempla também a questão sobre as transferências intergovernamentais, ou seja, o repasse direto de recursos da União para os Estados, o Distrito Federal e os municípios. A operacionalização do sistema e a relação entre as instâncias do SUS foram tratadas nas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) (CAVALCANTE & ZUCCO, 2006:73).

Embora essa reformulação no setor da saúde tenha sido um avanço no plano jurídico, na prática houve “pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu” (BRAVO, 2006:99). Dentre os muitos motivos relacionados para o retrocesso da transição em direção ao novo modelo de saúde, podemos destacar: os problemas de ordem

estrutural (a nova conjuntura de políticas neoliberais que se abre na década de 1990, colocando enormes obstáculos para a implementação efetiva do novo sistema) e no campo político (devido ao crescente esvaziamento dos movimentos sociais, incluindo os da Reforma Sanitária, decrescendo sua influência na gestão governamental em todos os níveis).

Logo, diante da falta de resultados concretos na melhoria na assistência a saúde, tivemos como resultado: a despolitização da população quanto ao processo de mudanças na saúde e a reorganização dos setores com interesses privados na saúde. Isto fica evidenciado, que apesar dos esforços de muitos para implementar o SUS, ao mesmo tempo foi criado o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS), sendo essa assistência apresentada como alternativa para suprir as deficiências do SUS.

Este setor privado, aparentemente paralelo ao SUS, dispõe de várias conexões com o setor público, tornando o sistema de serviços da saúde no Brasil mais complexo e segmentado, com distintos padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção (PAIM, 2006:16).

Nos anos 1990, Bravo (2006:100) destaca que o Estado brasileiro influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, passou funções que eram suas, como responsável direto nas questões econômicas e sociais, para serem exercidas pelo setor privado; cabendo apenas ao Estado a função de promotor e regulador. Esse momento de afirmação neoliberal no Brasil confronta o projeto privatista (neoliberal) com o projeto de Reforma Sanitária, uma vez que, o primeiro tem como tendência a redução de gastos sociais para a área da saúde⁶.

⁶ Bravo destaca que o modelo econômico neoliberal, também é “responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (2006:100).

Como vimos nesse capítulo, a Constituição de 1988 representou um avanço para a política de saúde, mas por sua vez, a contrarreforma⁷ do Estado buscou desconstruí-la, vinculando a saúde ao mercado, com responsabilização da sociedade civil e a refilantropização. Tais regras ditadas pelo projeto neoliberal acabaram por ter hegemonia, nos períodos de 1990 a 2000, uma vez que os Governos adotaram ações na contramão aos ideários do Projeto de Reforma Sanitária, dificultando o avanço do SUS como política social, por esta ficar subordinada à perspectiva econômica de orientação privatista.

Esses dois projetos desde então convivem em tensão: o projeto de Reforma Sanitária, que tem a concepção de que o Estado deve ser responsável pelas políticas sociais, dentre elas a saúde, no qual os **princípios da universalidade de acesso**, equidade e **integralidade** sejam garantidos. Em contrapartida, o Projeto Privatista articulado aos interesses capitalista da assistência a saúde, visa que o Estado interfira de forma *mínima* para os que não têm condições de arcar com o setor privado, ou seja, uma saúde pública voltada para pobres. O Sistema Único de Saúde, desde sua criação, passou a ser o alvo constante das contrarreformas neoliberais, e podemos dizer que a Constituição de Federal de 1988, criou a “**universalização excludente**”⁸, no qual o país sai de um modelo de seguro social para um *sistema universal*, mas o resultado que tivemos foi à criação de um *sistema híbrido* envolvendo o sistema público e a ampliação

⁷ Segundo nota de Correia são “denominadas contrarreformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contrarreformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais. Behring (2003) utiliza este termo para tratar do processo de ‘desestruturação do Estado e perda de direitos’ no Brasil a partir da década de 90” (2011:48).

⁸ O processo de “**universalização excludente**”, para Faveret & Oliveira (1989), ocorre quando os antigos beneficiários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões passaram a competir com os demais usuários (não contribuintes) por acesso a serviços de saúde. Como a rede de serviços públicos não conseguiu absorver a todos, o racionamento (queda na qualidade de serviços, filas, etc), propiciou assim a “expulsão” de diversos segmentos sociais, que passaram a buscar e consolidar o sistema privado.

dos seguros de saúde privados. E uma das formas que o Estado contribuiu para tal situação, foi justamente o subfinanciamento progressivo do SUS, comprometendo a sua viabilização de um sistema público, universal e de qualidade, atendendo assim aos interesses do capital.

Os Governos Collor, Itamar e Fernando Henrique Cardoso (FHC) apresentaram poucos avanços nas políticas sociais, e a saúde foi um retrato desse retrocesso. Devido à falta de interesse em implantar a saúde pública nos moldes descritos na Constituição, a ênfase nas políticas neoliberais tem como resultado o sucateamento da saúde: com infraestruturas precárias para usuários e profissionais nos diferentes níveis de atenção a saúde pública, falta de recursos humanos – poucos concursos, trabalhos flexibilizados, contratação de serviços terceirizados para diferentes setores na saúde, salários defasados, falta de insumos entre outros, isso resultou em uma expressiva redução de internações, ofertas de serviços, filas e listas de espera. Diante disso, novamente os interesses do mercado foram beneficiados, uma vez que tais condições contribuíram para a migração da clientela para os planos de saúde privados. Em sua maioria os usuários da classe média aderiram a esses planos, diminuindo assim cada vez mais a contribuição desses nas reivindicações por uma saúde pública universal.

Bravo (2006) destaca algumas questões que provavelmente comprometeram o avanço do SUS como política social: o desrespeito ao princípio da equidade quanto ao destino dos recursos públicos pela não unificação do orçamento dos entes federativos, **afastamento do princípio da integralidade, uma vez que a ênfase da assistência curativa em detrimento de ações de promoção e proteção de saúde.** Em suma, o projeto hegemônico neoliberal tem sido o principal responsável pelo sucateamento da saúde no Brasil.

Segundo Costa (1997, apud BRAVO, 2006: 101) as principais características deste projeto privatista são:

caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Mesmo com todas as dificuldades postas à consolidação do SUS frente a uma conjuntura que favorece o setor privado, tivemos alguns avanços. De acordo com Negri (2002, **apud** PAIM, 2006:28), a década de noventa foi marcada pela construção do SUS (descentralização das ações, serviços e gestão) obtendo melhorias na gerência, regulação, redução das desigualdades de financiamento da saúde entre as regiões, ampliação do acesso a assistência e aumento da cobertura de imunizações das crianças.

Paim destaca outros fatos importantes produzidos na política de saúde na passagem dos anos 1990 para o século XXI:

Expansão do PSF para a cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiro; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99); implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em saúde (SIOPS); adoção do Cartão SUS em alguns municípios; implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); estabelecimento da Emenda Constitucional nº29 (PAIM, 2006:28-29).

Para o autor, embora essas iniciativas não tenham mudado expressivamente a saúde no Brasil – mantendo a tendência da fragmentação e segmentação dos atendimentos - esses passos foram importantes para reestruturar o sistema dos serviços na saúde na perspectiva de melhorar a assistência.

1.3- Política de Saúde nos Governos Petista – 2003 até os dias atuais

A chegada de Luís Inácio Lula da Silva à presidência da República (2003-2006; 2007-2010) representou um marco no cenário político do país. Isto porque pela primeira vez o candidato que fora eleito tinha na sua gênese os ideários de um representante da classe operária, que historicamente lutava contra os interesses das classes dominantes. Os resultados das urnas apontavam o interesse da população brasileira para que de fato estivesse no poder um representante com uma proposta em direção oposta pelo o qual se imperou nos anos 1990, período este que o Governo FHC beneficiou amplamente os interesses neoliberais.

A vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) trouxe para muitos da sociedade a expectativa de novos rumos para o Brasil, nos quais paulatinamente, os direitos sociais e a participação social, seriam enfim uma realidade. Para isso, teria que contrariar a pressão do mercado e do capitalismo financeiro com vistas a enfrentar as políticas de ajustes até então vigentes (BRAVO & MENEZES, 2008). Muitos acreditavam que as políticas sociais, e dentre elas a Política de Saúde daria um salto de qualidade para a população, uma vez que este partido fora um dos que contribuía no período constituinte para a elaboração da Constituição Federal de 1988 e “garantiu o Sistema Único de Saúde e o capítulo da Saúde e da Seguridade Social” (BATISTA JUNIOR, 2014: 20). Ao invés disso, o mesmo autor nos mostra que os dois sucessivos mandatos do Governo Lula, *aprofundaram* os graves problemas pelos quais o SUS enfrenta desde que foi estruturado e implementado no país. Longe do ideário da reforma sanitária, as ações do governo privilegiaram “atender os interesses fisiologistas, corporativistas, mercantilistas e patrimonialistas” (ibidem), norteados assim, os rumos

da administração estatal. Enfim, tais características que faziam parte do período FHC, permaneceram no Governo Lula, frustrando a expectativa de muitos da sociedade que acreditavam que este governo fortaleceria o projeto da Reforma Sanitária em detrimento do projeto voltado ao mercado. Para Behring (2004:12), “em vez de um salto de qualidade” para a ampliação do direito e da Seguridade Social universal, o que se viu foi a continuidade de políticas focalizadas atendendo a lógica do mercado. Na realidade, ao refletirmos sobre esse comando podemos mencionar alguns aspectos importantes de inovação e outros de continuidade na política de saúde.

Dentre os *aspectos de inovação*, podemos destacar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária e escolha de profissionais comprometidos com esse ideário para ocupar o segundo escalão do Ministério; alterações na estrutura organizativa no Ministério da Saúde, com a criação e extinção de secretarias; convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; criação da Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de unir as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar; instituiu a Secretaria de Gestão Participativa para fortalecer o controle social, dentre outros (BRAVO, 2006:102-103).

Porém, a mesma autora avalia que houve também *aspectos de continuidade* na política de saúde, assim como foi implementado na década de 1990, devido à ênfase do governo “na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2006:104). Essa continuidade da contrarreforma iniciada por FHC tinha como características de gestão o enfraquecimento dos espaços que defendiam os direitos sociais e a ampliação do setor privado, que ganharam espaço e

força devido à manutenção da política econômica e o aprofundamento do ajuste fiscal no governo, dificultado a viabilização de muitas medidas progressivas na saúde.

Diante disso, o governo Lula por vezes demonstrava favorecer o projeto da reforma sanitária e em outros o projeto neoliberal. Este último, com visão focalista defende, que o Estado garanta saúde somente para os segmentos mais pauperizados, *excluindo assim, a perspectiva da universalidade de acesso*. O governo passou a cumprir com afincos os interesses neoliberais em detrimento aos trabalhadores brasileiros por adotar medidas de um Estado-mínimo para o trabalho, como a contrarreforma previdenciária, e a obstinada ênfase por políticas mínimas sociais.

Dentre os programas criados, o que mais se notabilizou foi o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003 como o objetivo de “combater a miséria e a exclusão social, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários” (BRAVO & MENEZES 2008:17). Embora esta ação social tenha realizado avanços na realidade de milhões de brasileiros, ela não foi associada às outras políticas sociais, a fim de combater a pobreza. Na verdade o governo não ampliou as demais políticas sociais, seguindo assim, o seu papel de “Estado Mínimo”. Menezes nos chama a atenção sobre a análise feita por Filgueiras & Gonçalves (2007apud MENEZES, 2014:11) quando estes apontam que o programa Bolsa Família se constitui em uma política assistencialista e com potencial clientelista, isto é, manipulatória do ponto de vista político, que tem suas ações voltadas para a “massa de miseráveis desorganizada e sem experiência associativa e de lutas por direitos”. Outro ponto importante a se destacar é que este programa é uma política de governo e não um direito assegurado na Lei, ou seja, este pode ser extinto a qualquer momento. Neste contexto, o tom de manipulação fica evidente, uma vez que paira aos

beneficiários um temor quanto ao cancelamento do programa caso mude o governo, contribuindo para a aceitação de boa parcela da população nas urnas em favor do governo em vigor. E por outro lado, contou também com a aceitação dos que defendem os interesses neoliberais.

Diante de tal popularidade, Lula exerceu seus dois mandatos e posteriormente conseguiu transferir esse alto nível de aprovação para a sua sucessora, a também petista, Dilma Rousseff. Ao analisarmos o primeiro Governo Dilma (2011-2014) ficou evidente que a condução dessa nova governança seguiria a atitude contrarreformista na política social, dando assim, continuidade ao que fora visto nos governos anteriores de Lula e FHC (MENEZES, 2014).

Assim, os interesses políticos hegemônicos no período não buscam legitimar o SUS, dificultam o compartilhamento das esferas do Governo quanto a dispor recursos para a saúde. A Emenda Constitucional nº 29, que aborda justamente o financiamento do SUS, é um bom exemplo disso, promulgada no ano 2000, foi somente regulamentada em 7 de dezembro de 2011, ou seja, mais de dez anos depois. No entanto, a proposta aprovada sofreu muitas mudanças do projeto original, e para muitos a mais impactante foi a não aprovação do compromisso da União em destinar 10% da receita corrente bruta para a saúde. Sendo assim, a “União continuará destinando à saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores” (RADIS,113:6). De imediato, isso representou menos R\$14 bilhões para a saúde para o ano de 2012. No entanto, estados e municípios continuam obrigados a aplicar 12% e 15%, respectivamente. Estes, por sua vez, veem seu aumento na responsabilidade no financiamento à saúde, diante do freio no aumento dos recursos federais.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou os resultados de um estudo sobre os investimentos do governo federal na saúde e constatou que, para o ano de 2013, o Ministério da Saúde recebeu apenas 8% dos R\$ 47,3 bilhões. Ficou em quinto lugar na lista de prioridades do chamado “gasto nobre”, ou seja, segundo o conselho, as obras em rodovias, estádios, mobilidade urbana e até armamentos militar blindados, aviões de caça e submarinos nucleares ficaram à frente das necessidades do SUS, sendo uma prova da pouca importância dada a essa pasta.

Além disso, o CFM apurou outros dados que mostram o mau uso da verba, ao analisar os anos de 2001 a 2013 (Tabela I), notando que dos R\$ 80,5 bilhões autorizados especificamente para a saúde, apenas 33 bilhões foram efetivamente gastos e os outros 47,5 bilhões deixaram de ser investidos. No entanto, o sanitarista Gilson Carvalho, assessor do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), salientou na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 30/11 a 4/12 de 2011 que os problemas de financiamento evidenciados no SUS vão além da ineficiência da má gestão no sistema.

Na verdade, segundo Gilson Carvalho, isto serve como pretexto para encobrir o descompromisso com financiamento da saúde por parte da União. Este, que dentre as três esferas do Governo, é a que mais arrecada em tributos, por outro lado é o que menos investe na saúde. Gilson alertou ainda que entre “2000 e 2010 a União deixou de repassar cerca de R\$25 bilhões, por descumprimento da EC-29” (RADIS 115:25).

TABELA 1 – Investimentos do Ministério da Saúde de 2001 A 2013 ⁹

Investimentos Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2001	7.459.780.323,29	3.037.391.932,96	-4.422.388.390,32
2002	5.368.371.794,08	4.150.344.442,80	-1.218.027.351,28
2003	2.579.319.830,22	1.233.137.547,85	-1.346.182.282,38
2004	4.124.665.049,01	2.008.889.630,36	-2.115.775.418,65
2005	4.036.913.152,10	1.494.711.651,23	-2.542.201.500,87
2006	5.083.045.587,63	2.338.612.074,06	-2.744.433.513,57
2007	6.876.138.115,63	2.035.461.431,16	-4.840.676.684,47
2008	5.166.114.574,41	1.624.668.086,13	-3.541.446.488,27
2009	5.491.206.814,49	2.080.112.079,84	-3.411.094.734,65
2010	5.588.995.279,72	2.776.670.549,32	-2.812.324.730,40
2011	6.466.850.119,68	2.675.293.700,22	-3.791.556.419,47
2012	12.881.102.956,33	3.713.428.530,36	-9.167.674.425,97
2013	9.382.218.738,00	3.889.387.748,08	-5.492.830.989,92
TOTAL	80.504.722.334,60	33.058.109.404,37	-47.446.612.930,23

Fonte: SIAFI / Elaboração: CFM. * Valores atualizados pelo IGP-DI, da FGV.

** Inclui os restos a pagar pagos

Embora existisse descumprimento por parte de alguns estados quanto ao mínimo de 12% que era exigido na emenda, por outro lado, diante desse subfinanciamento federal, alguns estados passaram a investir acima do mínimo, assim como há municípios destinando 20% dos recursos em saúde, ou seja, mais de 5% do estabelecido. Diante disso, Gilson comentou que “os municípios investem cerca de R\$10 bilhões a mais por ano, e batemos neles por estarem mais próximos”. Tais dados acabam por gerar críticas por parte de governadores e secretários estaduais de saúde por não conseguir garantir saúde para todos devido ao declínio de recursos federais.

A EC-29 trouxe como aspecto positivo a definição do conceito de gastos em Saúde, cujos recursos só poderão ser utilizados em ações e serviços de “acesso universal”, “não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que

⁹ Para ler a matéria na íntegra: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24511:saude-representa-so-8-do-total-de-investimentos-publicos-no-brasil&catid=3 Acesso em 01/10/2014.

atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população”, diz o texto. O objetivo dessa definição é evitar que os estados e municípios pudessem aplicar os gastos em saúde com outros gastos, tais como “limpeza urbana, saneamento, merenda escolar e pessoal inativo” (RADIS 113:7).

Como se não bastasse, o Senado deu um outro golpe na saúde no dia seguinte da aprovação da EC-29. No dia 8 de dezembro de 2011 aprovaram a prorrogação até 31 de dezembro de 2015 da Desvinculação das Receitas da União (DRU), e com isso, o Governo Federal pode redistribuir 20% de suas receitas, ou seja, recursos inclusive da saúde, que deixaram de ser aplicados para serem destinada a outras pastas. Havia uma expectativa de que a saúde ficasse livre da DRU, assim como foi aprovada pra Educação, mas isso não ocorreu.

A *Carta à Sociedade Brasileira*, elaborada na 14ª Conferência Nacional de Saúde e enviada ao Senado, não obteve sucesso nas duas causas, em sua reivindicação de destinação de 10% da receita da união para Saúde e a não incidência da DRU. Diante do exposto, há uma nítida perda do controle social, pois o governo não consegue ou não pretende estabelecer um diálogo com os anseios vindos da sociedade (usuários, os conselhos de saúde, trabalhadores do SUS).

Uma amostra dessas vozes vinda da sociedade, como já mencionada, foi a 14ª CNS, que contou com representantes de todos os estados, com uma pluralidade de movimentos sociais, todos em busca de um SUS público, sob administração direta do Estado, garantindo qualidade aos usuários e trabalhadores. Esta conferência teve como tema geral o caráter *universal* do SUS e os desafios da garantia e acolhimento. Vários foram os avanços nos debates e nas propostas para fortalecer a Gestão Pública para a Saúde Pública e Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado. Dentre as

críticas e protestos contra as modalidades de privatização do sistema, podemos destacar “as Organizações Sociais (OSs), as fundações estatais de direito privado, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas” (RADIS, 115:10).

Hoje, quase quatro anos depois da 14ª CNS, apesar das críticas, vemos o avanço desses mecanismos privados de gerenciamento na administração das ações e serviços na saúde pública brasileira. Um grande problema destacado por Rezende (2008) a esse modelo de gestão é a ausência do controle social, uma vez que nele não é necessário prestar contas de suas ações a órgãos da administração pública; contratam-se funcionários não concursados e se adquire bens sem processo licitatório. Essa perspectiva do Estado reforça os interesses privados, em detrimento da participação social e da estabilidade das categorias profissionais na área da saúde, e estes com frequência são submetidos a contratados trabalhistas precários ou flexíveis. Além disso, a mídia com frequência vem noticiando os desvios de verbas e superfaturamento.

O primeiro mandato da presidente Dilma foi marcado pela manutenção de políticas sociais focalizadas para a população mais pobre e servindo com várias medidas aos interesses do capital. Além disso, o governo teve muito dos seus representantes envolvidos em escândalos em esquemas de corrupção em diferentes setores, como por exemplo, o caso da Petrobrás, em que vultosos recursos foram desviados.

Durante o período eleitoral de 2014, o governo tentou minimizar os muitos problemas de sua gestão, conseguiu ser reeleito e logo no início do segundo mandato o governo Dilma mudou o discurso. Para pagar os juros da dívida pública e não perder a

credibilidade com os investidores internacionais, o governo anunciou o maior corte no orçamento da União, em um total de quase 70 bilhões para o ano de 2015. E dentre os Ministérios, o da Saúde é o segundo mais sacrificado, com perda de quase 12 bilhões.

Para colaborar mais com a contingência de recursos, o governo propôs também ao Congresso Nacional uma “minirreforma” na previdência e nas leis trabalhistas, com o intuito de limitar os benefícios sociais, como o seguro-desemprego, auxílio-doença e pensão por morte. Tais medidas do ajuste fiscal repercutiram no agravamento das políticas sociais e perdas de direitos em benefício do capital financeiro. Além dessas medidas de cortes orçamentários, o Ajuste Fiscal também conta com o aumento de impostos incorporado em diferentes setores, afetando novamente nas condições de vida da população.

Na conjuntura atual, as propostas privatistas, com ações focais, continuam na ordem do dia, e permanece o desafio da defesa da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, entre as quais a necessidade de ações universais, o efetivo financiamento e uma política de recursos humanos que retome os ideários do Projeto de Reforma Sanitária.

Em suma, Menezes, ao analisar a política social nos governos petistas (2003-2014) identifica tais dificuldades a serem enfrentadas:

- A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social.
- O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado.
- Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais.

- O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas. (MENEZES, 2014:17)

A mesma autora nos alerta que a ofensiva neoliberal propõe um SUS para os “mais pobres” e não com caráter universal. Além disso, a conjuntura mostra a frequente fragilização dos movimentos sociais nos dois governos petistas, que dificultam reverter o atual quadro. O sistema de saúde pública que temos está muito longe do SUS que consta no texto constitucional. Bravo ressalta que há “uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público vigente” (2004:38).

A partir dessa breve exposição da conjuntura nacional, examinaremos no próximo capítulo o contexto da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Esta análise torna-se imprescindível para compreensão das mudanças sanitárias desempenhadas pelos diferentes governos, tendo como ponto de partida os anos 80. Certamente, as ações adotadas no passado e as que estão sendo implementadas atualmente nos permitirão aprofundar a compreensão dos impactos na assistência a saúde da população, principalmente aos usuários da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 2 – A Saúde no Estado do Rio de Janeiro- um olhar sobre a METRO I

Este capítulo pretende traçar um resgate histórico da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro, e posteriormente uma ênfase na Região Metropolitana I. Destaca-se a importância de compreender a trajetória da política de saúde para ter ciência das transformações na área da saúde ao longo dos anos, com avanços e retrocessos, pois é um espaço permanente de lutas com interesses antagônicos, refletindo a conjuntura nacional.

O capítulo está estruturado em dois itens. O primeiro item aborda brevemente as mudanças e crises por qual passou o Estado do Rio de Janeiro, nos diferentes governos desde a década de 80 até a atualidade. No segundo item tratamos de analisar a saúde na Região Metropolitana I (METRO I) do Rio de Janeiro, e para entender a dinâmica da construção da política de saúde nos municípios que compõem essa região, dividimos em três subitens, o primeiro realiza uma análise da saúde no Município do Rio de Janeiro; no segundo subitem passamos a considerar a Baixada Fluminense, desde um breve histórico dessa região até os movimentos populares em prol da saúde; e por fim, no terceiro subitem veremos os principais problemas e propostas identificados na área da saúde na região da METRO I.

2.1 - Breve histórico da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro também passou por mudanças e crises na política de saúde, em especial a partir de 1980 até os dias atuais. Em uma breve retrospectiva, poderemos observar o descaso com a assistência, em especial no período da

implementação do SUS, diante de entraves criados por parte de cada governo, que ao assumir o cargo, tinham como características descontinuar ações e serviços em saúde, repercutindo assim, em diversas dificuldades para o Estado ter uma política pública de saúde.

Bravo e Menezes (2008), ao analisar esse lapso temporal nos apresentam um panorama dos governos do Estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 1980. A gestão do Governo de Leonel Brizola (1983-1986) priorizou ações de saúde pública com pouca ênfase na área assistencial. Devido a tensões entre o governo estadual com o federal, “não houve articulação com as Ações Integradas de Saúde (AIS), política central do Governo” (BRAVO, 2007:14 *apud* BRAVO e MENEZES 2008:22).

Segundo as mesmas autoras, em 1983 foi criada a Comissão Intermunicipal da Saúde (CIMS) do Rio de Janeiro tendo em vista o número populacional e a extensão territorial, buscou dinamizar as ações no município do Rio de Janeiro ao criar as Áreas Programáticas (APs). Estas foram executadas sob a lógica da descentralização, e para administrá-las foram criadas a Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP) e os Grupos Executivos Locais (GEL's). Este último era composto por representantes de associação de moradores e diretores das instituições, por isso esses grupos foram considerados os embriões dos conselhos distritais do Rio de Janeiro.

O Governo Moreira Franco (1987-1990), ao contrário do anterior, assumiu a direção política das AIS, bem como o modelo sucessor: o Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde (SUDS). Além disso, assume a presidência da CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde) e se compromete em construir o Sistema Estadual de Saúde. Tais atos soam como um reflexo da influência de profissionais que defendiam os ideários da reforma sanitária e as recomendações da 8ª Conferência

Nacional de Saúde, que passaram a ocupar cargos na secretaria de saúde. As principais atividades desenvolvidas na saúde por essa gestão, foram:

Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB); Sistema Estadual do Sangue; Sistemas estaduais de controle de infecção hospitalar; Convênios de cooperação técnica para a formação de recursos humanos; Transferência para os municípios das unidades do estado e das federais estadualizadas (BRAVO, 2007:14 *apud* BRAVO e MENEZES 2008:22).

Nota-se que as divergências políticas entre as esferas federal, estadual e municipal influenciaram para o atraso da saúde pública no Estado fluminense. Devido a essas tensões, a política de saúde no Estado do Rio de Janeiro só foi formulada em meados de 1980, sendo que nacionalmente desde meados de 1970 já havia uma discussão nacional para mudanças nesse setor. No período dos anos 1990 e 2000, Bravo (2007) destaca situações que impactaram na saúde do Estado. Com relação ao *Governo de Leonel Brizola* (1991-1994), devido a alianças políticas feitas no período eleitoral, ao assumir, substituiu seus secretários de saúde, por profissionais *descompromissados* com o SUS e com a Reforma Sanitária. A autora também ressalta que o SUS, durante esse governo, encontrou entraves para sua implantação, tais como:

Término do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB); não concretização dos hospitais de Saracuruna e Queimados; devolução dos hospitais do INAMPS; Conselho Estadual da Saúde com problemas de composição, Recursos Humanos com baixos salários (BRAVO, 2007 *apud* BRAVO e MENEZES 2007:15).

Nos anos de 1992/1993, houve *uma grande crise na área da saúde no Estado Rio de Janeiro*, ao ponto de resultar na decretação de calamidade pública por parte ministro da saúde Jamil Haddad. Este propiciou a criação em julho de 1993 de uma comissão para a formulação de um Plano de Emergência que trazia propostas emergenciais de caráter político e para a rede, bem como medidas gerais e específicas.

O Plano ficou pronto em setembro de 1993, mas com a queda do Ministro, esse plano não foi colocado em prática.

Diante de tal cenário, Bravo e Menezes apontam alguns aspectos importantes que ocorreram durante a gestão do Governo Brizola, tais como: “fortalecimento do Grupo Socorro de Emergência da Defesa Civil (Corpo de Bombeiros); mudança qualitativa do papel da vigilância sanitária; criação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador e Controle da AIDS; fortalecimento da Política de Saúde Mental” (2008:23). Mesmo com essas ações, o Sistema Estadual de Saúde não conseguiu ser efetivado, interrompendo assim, o processo de construção da política de saúde que fora iniciado pelo governo anterior.

O governo de Marcelo Alencar (1995-1998) não buscou valorizar a política de saúde pública; antes, de caráter autoritário, claramente se propôs a beneficiar o setor privado, tendo como ações a “terceirização dos recursos humanos; ênfase na privatização; denúncias de desvio de verbas da saúde; proposta de transformar os hospitais públicos em organizações sociais” (BRAVO & MENEZES, 2008:23). Este governo fora marcado por conflitos com os conselhos de saúde e com movimentos que lutavam em prol da efetivação do Sistema Único de Saúde segundo o ideário da Reforma Sanitária.

Já o Governo de Anthony Garotinho (1999-2001), diferente do anterior, assumiu compromisso com os movimentos de saúde para fortalecer o SUS. Diante disso, o secretário de saúde, Gilson Catarino, formou um grupo de assessoria composta por profissionais que, mesmo oriundos de diversos partidos, eram comprometidos com a Reforma Sanitária. Bravo e Menezes destacam que este governo foi marcado pelo combate à terceirização e à transformação dos hospitais públicos em organizações

sociais, trazendo a necessidade de concursos públicos e contratação imediata para trabalhadores na área da saúde. As mesmas autoras destacam como características desse governo a “elaboração do Plano Estadual de Saúde, por meio do planejamento estratégico; fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde” (BRAVO & MENEZES, 2008:23). No entanto, apesar desses avanços, em 2001, no final desse governo, os problemas na área da saúde se notabilizaram na imprensa, principalmente com o relatório da Comissão Especial de Saúde da ALERJ, que trazia as várias mazelas encontradas nas unidades do **município** do Rio de Janeiro.

Por sua vez, a gestão Estadual de Rosinha Garotinho (2003-2006) também passou por muitos problemas na questão sanitária, *principalmente no que diz respeito à Crise da Saúde no Município do Rio de Janeiro*¹⁰. Ao se fazer um balanço do governo Rosinha, podemos notar que mesmo passando por essa conjuntura de crise na saúde, tendo inclusive que assumir algumas responsabilidades que antes eram do prefeito Cesar Maia, ficou nítido que essa gestão não conseguiu dar a devida atenção à política de saúde no Estado. Na verdade, foi um retrocesso por ser marcado por desvio de verbas para financiamento de programas assistencialistas, descompromisso com o cumprimento do plano de saúde elaborado pelo governo anterior e a desvalorização do controle social.

O governo de Sergio Cabral Filho, que tomou posse em 2007, no início do seu mandato realizou, junto com o novo secretário de saúde Dr. Sérgio Côrtes, visitas a

¹⁰ Os problemas na área da saúde tanto no Estado quanto na Capital são antigos que nos remetem desde que o Rio de Janeiro deixou de ser a capital do país. Desde então, as crises sanitárias foram se desenhando ao longo dos anos e dos governos. Embora este trabalho não tenha a pretensão se aprofundar na história sanitária do Rio, ressaltamos que as causas dessas crises têm origem e temporalidade diversas (Parada, 2001). Com relação ao relatório da Alerj em 2001 e à crise da saúde no Município do Rio no governo de Cesar Maia serão aprofundados no item 2.2.1 mais adiante.

hospitais estaduais para ter um diagnóstico da realidade da saúde. Diante dos problemas encontrados e os impactos na vida do cidadão, o governador chegou a afirmar em uma das visitas, que o Estado é omissos e que comete “genocídio na saúde pública”. Para mudar tal cenário, buscou maior diálogo com o governo federal e os municípios – principalmente com a capital do estado-, teve o retorno da gestão plena de saúde do município do Rio de Janeiro.

Entretanto, vemos que muitas prioridades assumidas pelo governador não avançaram para uma saúde universal e de qualidade. O Estado passou a adotar um novo modelo de gestão na saúde, avançando no sentido da privatização da gestão da saúde por aderir às Fundações (Lei da Fundação aprovada em 2007). Cabral foi reeleito, em 2010, com grande aceitação e já no primeiro turno, tendo como vice Luiz Fernando Pezão. E novamente também atendeu os interesses privados, ao implementar a administração por Organizações Sociais (OSs)¹¹ que são instituições privadas e sem fins lucrativos. Na mídia vemos com frequência que este modelo de gestão passou a prejudicar ainda mais os direitos dos usuários e profissionais da saúde. Denúncias de pagamentos por serviços não prestados é apenas um exemplo dos muitos problemas identificados nesse tipo de gestão. E novamente, diante desse novo mandato, essa aceitação foi declinando devido a vários escândalos publicizados, tais como a utilização de bens públicos para uso pessoal e o favorecimento de empresas privadas em detrimento do público. Diante disso e aliando a uma insatisfação nacional que eclodiu em junho de 2013, as manifestações que tomaram as ruas do Rio

¹¹ As Organizações Sociais (OSs) fazem a gestão privada do que é público, ou seja, recebem o dinheiro do Governo para serem utilizados na contratação celetista, na compra de materiais básicos e medicamentos e na gestão integral dos serviços. O Estado aprovou as OSs no ano de 2011.

de Janeiro, além trazer as mais variadas reivindicações de setores da sociedade e pelo fortalecimento das políticas sociais, apontou para o desgaste do governo estadual. O antes popular Cabral passou a conviver com o aumento dos índices de reprovação do seu governo por grande parte da sociedade.

Ainda com relação ao descaso com a saúde por parte do Governo Cabral, segundo informações da Estadic (Pesquisa de Informações Básicas Estaduais) divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², revelou-se que dentre as 27 unidades federativas, o Estado do Rio de Janeiro é o Estado que menos investiu em saúde pública no Brasil. Este dado é alarmante por se tratar de uma unidade federativa que tem a terceira maior população e o segundo maior PIB (Produto Interno Bruto) do país. Para a pesquisa, o IBGE utilizou como base o orçamento estadual aprovado para o ano de 2012, e conforme vemos no Gráfico 1, apenas 7,2% do orçamento do Estado do Rio de Janeiro - cerca de R\$ 5 bilhões – fora destinados para a área da saúde, e esta parcela não deveria ser menor que 12% da receita, para cumprir o mínimo estipulado na legislação brasileira. Se por um lado a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro tenha contestado a metodologia da pesquisa e tenha afirmado que cumpre o índice constitucional, por outro o IBGE diz que o critério utilizado pelo instituto possibilita a comparação entre os Estados quanto ao orçamento aplicado na saúde.

¹² Matéria na íntegra <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/03/13/com-2-maior-economia-do-pais-rio-e-o-estado-que-menos-investe-em-saude.htm> Acesso em 01/10/2014.

Gráfico 1- Percentual da verba investida na saúde por Estado ano 2012

Gastos do orçamento em saúde

Percentual da verba investida por Estado*



*Amapá não informou o orçamento total

Fonte: IBGE

Essa pesquisa veio reforçar a realidade vista nas unidades públicas já constatadas por profissionais na saúde e usuários do SUS. Diante da crescente insatisfação popular, o governador Cabral decidiu renunciar ao cargo no dia 31 de março de 2014, depois de sete anos e três meses de mandato. Cabral teve apenas 20% da aprovação fluminense, uma queda considerável se comparada na época de sua reeleição em 2010, quando obteve 55% de aprovação e foi assim reeleito no primeiro turno. Esta saída antecipada foi a tentativa de garantir a eleição de seu vice, Luiz Fernando Pezão, que concorreu à vaga de governador nas eleições do ano de 2014. Pezão, durante esse curto período de governo e nas campanhas eleitorais, tentou desvincular sua imagem do governador e conseguiu vencer no segundo turno o candidato Marcelo Crivela.

O atual governo de Pezão, que passou a vigorar em 2015, não traz perspectivas de mudanças em favor da saúde pública. Na realidade o que vemos é a continuidade do seu antecessor, e atualmente o Estado do Rio de Janeiro está passando por uma das mais graves crises na saúde da sua história, com o fechamento de emergências,

falta de medicamentos e insumos, atrasos nos pagamentos de terceirizados, além dos servidores do estado, que também foram afetados por não terem o pagamento do 13º salário. Um relatório do CREMERJ¹³ de 2015 nos mostra quais são essas unidades estaduais que estão praticamente desativadas:

➤ **Hospitais com problemas críticos:**

Hospital Albert Schweitzer, em Realengo, Hospital Getúlio Vargas, na Penha, Hospital Adão Pereira Nunes, em Duque de Caxias;

➤ **Hospitais com problemas graves:**

Hospital da Mulher Eloneida Studart, em São João de Meriti, Hemorio- principal banco de sangue do Estado do Rio, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, no Centro, Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro, no Humaitá;

➤ **Hospitais estaduais em funcionamento, mas de forma precária:**

Hospital Alberto Torres, em São Gonçalo, Hospital Carlos Chagas, em Marechal Hermes, Hospital Rocha Faria, em Campo Grande;

➤ **UPAs estaduais com problemas no atendimento:**

Realengo, Ricardo de Albuquerque, Marechal Hermes, Taquara, Jacarepaguá, Botafogo, Barra Mansa, Cabo Frio, Duque de Caxias, Niterói, Nova Friburgo, Cabuçu, em Nova Iguaçu, Duas em São Gonçalo, Saracuruna e Magé.

Diante disso, a presidente Dilma chegou a criar um comitê de crise para o setor no Estado, e dentre repasses de recursos, ficou acordado que os seis hospitais federais do Rio vão dar apoio de forma integrada com os hospitais das redes estadual e municipal. Os hospitais Rocha Faria e Albert Schweitzer foram entregues para a gestão

¹³ <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/12/veja-lista-de-unidades-de-saude-com-problemas-no-atendimento-no-rj.html> Acesso em 23/01/2016.

do Município do Rio de Janeiro. Além disso, cabe destacar que o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) também corre risco de fechamento diante dessa crise.

Estes fatos históricos são de suma importância para a compreensão de como os interesses do projeto neoliberal, que se soma à gestão política conservadora, recaem sobre a política de saúde do Rio de Janeiro. No próximo item vamos analisar a situação da saúde na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (METRO I), tanto na gestão política quanto nos movimentos sociais e teremos conhecimento dos principais problemas e propostas para a saúde nessa região.

2.2 Panorama da Saúde da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, sendo dividido em oito regiões geográficas, com uma população total de **16.231.365 habitantes**¹⁴. Para esse estudo, destacaremos a Região Metropolitana I (Figura 1) do Rio de Janeiro, **que é composta pelo município do Rio de Janeiro e pelos 11 (onze) municípios da Baixada Fluminense: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Magé, Queimados, Seropédica e São João de Meriti**. Neste item vamos observar os movimentos ocorridos na área da saúde no Município do Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense.

¹⁴ Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Competência de novembro de 2014.
http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 10/01/2015.

MAPA 1 – Mapa da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro



2.2. 1 – O Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro constitui a capital do estado do Rio de Janeiro, e tem números expressivos que demonstram sua grandeza no estado: uma população de 6.094.182 habitantes, uma área geográfica de 1.182,296 km² e uma densidade demográfica de 5.155 hab/km², população essa formada em sua maioria por adultos, empregada no comércio, e com um crescimento notável no número de idosos.

Tem uma grande importância político nacional, uma vez que foi capital federal no período de 1763-1960 e passou por vários embates ocorridos no País, principalmente na questão da saúde. Vários movimentos populares buscaram modificações na

situação sanitária do município, desde o final dos anos 1970, nas décadas de 1980 e 1990. Como exemplo, podemos mencionar:

Em 1980, “havia cerca de 200 associações de bairro e 350 associações de favelas” (BOSCHI; VALLADARES, 1987 apud BRAVO, 1996b, p52). Foi criada, então a Coordenação Nacional de Associações de Moradores (Conam), como referência em nível nacional dessas reivindicações.

A luta pela saúde tem como marco o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado em setembro de 1980, na Cidade de Deus. Este encontro foi organizado pela Federação de Associação de Moradores do Rio de Janeiro (Famerj), em articulação com o Sindicato dos Médicos (Sinmed) e outras entidades de saúde, entre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). O encontro reuniu em torno de 3.000 participantes que vinham de 100 comunidades. É importante também destacar a participação de secretarias municipais e estaduais de saúde, da pastoral da saúde, das entidades estudantis, dos partidos políticos, entre outros atores. (BRAVO et al., 2007:19)

Foi a partir desse encontro que se passa a ter uma concepção da saúde ampliada dentro do movimento popular, inclusive trazendo ao debate que a “concentração de renda gera uma elite privilegiada que concentra também a saúde” (Ibidem). Os objetivos, além da troca de experiências entre os diversos sujeitos que participaram do encontro, teve também o intuito de pressionar o Governo com as reivindicações através de uma grande manifestação por parte das várias associações e favelas. Podemos destacar também o Encontro Estadual de Favelas, em 1981, a histórica greve dos médicos promovido como o Dia Nacional de Protesto realizado em 6 maio de 1981, que embora tenha tido aí um cunho corporativista, também assumiu bandeiras para uma saúde mais ampla para a sociedade.

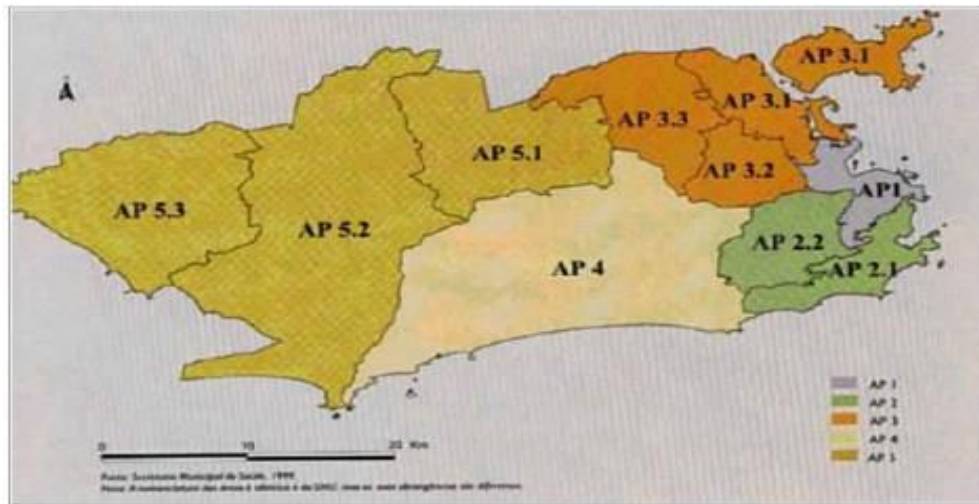
Não podemos deixar de mencionar o movimento sindical, no qual a questão sanitária passou a fazer parte das pautas por reivindicações do Encontro da Classe Trabalhadora do Rio de Janeiro (Enclat), em 1981, que defendeu pela mudança radical

da Política Nacional de Saúde. Além disso, a Conferência Nacional de Classes Trabalhadoras (Conclat) também aprovou medidas semelhantes à Enclat (Ibidem).

Dentro desse cenário, como já vimos, a primeira conquista do movimento pela saúde foi a criação dos Grupos Executivos Locais (GEL's), que são considerados como os embriões dos conselhos distritais e que aparecem no Município Rio de Janeiro em Áreas Programáticas.

O município do Rio de Janeiro possui um número significativo de unidades de saúde, e devido a este número e complexidade das unidades de saúde, levando também em consideração a extensão territorial e a concentração populacional, a Secretaria Municipal de Saúde adotou a partir de 1993 a estratégia, da divisão por Áreas de Planejamento (AP), sendo criadas um total de dez, conforme nos mostra a Figura 2. E cada uma com delas possui uma estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAPs têm a função de gerenciar o total de unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro, congregando estabelecimentos: municipais, estaduais, federais, universitários, sindicais e privados (BRASIL/MS, 2005:43). Essa proposta de divisão por Áreas de Planejamento pretendia facilitar o gerenciamento das unidades de saúde, o atendimento à população usuária e o controle social. A divisão em áreas de planejamento ou programáticas “deveria propiciar maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas de saúde” (Ibidem: 44), bem como deveria ampliar estratégias operacionais que permitiria o efetivo controle social por meio da criação dos dez Conselhos Distritais de Saúde.

Mapa 2 – ÁREAS PROGRAMÁTICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - SMS¹⁵



Fonte: SMSDC Rio

No entanto, as APs estão longe de se constituírem como distritos sanitários, segundo a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional, pela qual o Distrito Sanitário seria a menor unidade territorial e com autonomia para definir, planejar, gerir e executar as ações de saúde dirigidas para a população. Essa divisão não se baseou nos critérios populacionais, tanto que existe uma disparidade de concentração tanto populacional como na distribuição de unidade públicas de saúde entre as APs, gerando concentração de consultórios na AP 1.0 e escassez nas demais.

Segundo dados levantados em 2002, as APs 1.0, 4.0, 3.1 e a 2.1, concentraram 65,6% dos leitos hospitalares (BRASIL/MS, 2005:45). Diante disso, temos no Município

¹⁵ O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas, distribuídas da seguinte forma:
AP 1 : Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paqueta e Santa Teresa;
AP 2.1: Botafogo, Rocinha, Copacabana, Lagoa;
AP 2.2: Tijuca, Vila Isabel;
AP 3.1: Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Maré;
AP 3.2: Inhaúma, Méier, Engenho Novo, Jacarezinho;
AP 3.3: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna;
AP 4.0: Jacarepaguá, Barra da Tijuca, Cidade de Deus;
AP 5.1: Bangu, Realengo;
AP 5.2: Campo Grande, Guaratiba;
AP 5.3: Santa Cruz

do Rio de Janeiro uma diversidade de conflitos que dificultam o acesso a unidades de saúde da população, ferindo assim, a questão do acesso universal e a integralidade.

Outra conquista fruto da pressão popular foi a criação dos Conselho Municipal de Saúde (CMS), em julho de 1991. Mesmo com tantas conquistas, como resultado que acontecia no país, houve um enfraquecimento nos anos 90 das associações de moradores e de movimentos sociais urbanos importantes para efetivação da saúde no município. O problema se agravou ao ponto do Ministro da Saúde, Jamil Haddad, decretar em 1992/1993 calamidade pública na saúde e elaborou um plano de emergência para o Estado do Rio de Janeiro, em 1993. Embora o plano tenha ficado pronto, não foi efetivado com a queda do ministro, como indicado anteriormente.

Anos depois, mais precisamente em 2001, a **Comissão Especial de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj)**, presidida pelo deputado Paulo Pinheiro (PT), após várias visitas em unidades de saúde do município, que eram frequentemente denunciadas pela imprensa, por usuários e profissionais na área da saúde, pode constatar vários problemas na rede sanitária.

Diante disso, foi elaborado um relatório sobre a situação de saúde no ***município*** do Rio de Janeiro, apresentando os principais problemas encontrados e algumas propostas. Dentre os problemas podemos destacar: distorção na oferta de leitos, problemas de recursos humanos, elevado custo pela desorganização do sistema; desproporção do gasto entre Prevenção e Medicina Curativa, insuficiência de rede básica e baixa cobertura de programas da rede primária, com fechamento de Postos de Saúde, resultando em *agravo* para os usuários pela baixa qualidade de serviços e problemas nas emergências.

A comissão apresentou como propostas a necessidade de ampliar e melhorar a cobertura na rede básica; elaborar uma política de recursos humanos que propiciasse o fim da precarização; implementar o Programa Saúde da Família; investir em diagnóstico e tratamento; redirecionar os leitos da cidade; cumprir a Lei Orgânica da Saúde; respeitar os princípios do SUS e acatar as determinações do controle social (Bravo,2007). A situação identificada no relatório teve como desdobramentos uma audiência pública em 2001, além do envio desse documento para o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, prefeito da cidade e Conselho Municipal de Saúde.

Posteriormente a gestão do município do Rio de Janeiro ficou a cargo por três vezes do prefeito Cesar Maia (1992-1996,2000-2004; 2004-2008, sendo que Luiz Paulo Conde, que assumiu no período 1996-2000, tinha sido vice-prefeito de Cesar Maia). Este período foi denominado de “era Cesar Maia”, que teve como principal foco a atuação em obras em todo o município, construindo verdadeiros elefantes brancos, em favor de empreiteiras e gastos abusivos.

Na questão sanitária, os problemas identificados e relatados pela ALERJ, em 2001 se agravaram mesmo com o conhecimento dos gestores. Constatou-se sinais de uma profunda crise na saúde, tanto que Ronaldo Cezar Coelho, então secretário municipal de saúde, divulgou em fevereiro de 2003, um documento intitulado “Acendemos o sinal amarelo”, com o objetivo de alertar à “Cidade e as autoridades estaduais e federais da saúde”, comunicando que a rede hospitalar municipal estava com sua capacidade praticamente esgotada e perdendo qualidade, devido à sobrecarga causada pela redução de atendimentos nas unidades estaduais, federais e universitárias, além das deficiências na rede dos municípios da Região Metropolitana (OLIVAR, 2006).

Segundo Olivar, esse processo se agudizou em 2004, quando entidades como o CREMERJ, o Sindicatos dos Médicos, o Ministério Público, vereadores e deputados estaduais passaram a realizar vistorias em unidades hospitalares, e relatar por meio de dossiês as irregularidades encontradas, sendo tais informações divulgadas amplamente pela imprensa. Diante disso, começou o “confronto” entre os que defendiam a necessidade de intervenção e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que rebatia as críticas, dizendo que o principal motivo seria eleitoral.

Para piorar o desgaste entre as esferas municipal e federal, o prefeito Cesar Maia (2001-2008) publicou, no dia 03 de janeiro de 2005, o decreto nº 24.999, que determinava a suspensão da contratação de profissionais e de investimentos em equipamentos nas unidades federais, que passaram para a gestão municipal. Além disso, o decreto determinava que os gastos fossem reduzidos em 20% a cada mês até o seu término, cabendo ao Ministério da Saúde a provisão dos recursos necessários. Entretanto, tal decreto foi suspenso pela Justiça Federal, acatando o pedido da União.

A crise se acelerou ganhando as principais manchetes da imprensa nacional e fluminense. Em fevereiro de 2005, a mídia divulgou em vários meios de comunicação que o caos na rede de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro chegou ao seu ápice, trazendo ao conhecimento da sociedade um rol de denúncias, tais como: falta de pessoal, remédios, equipamentos, excesso de filas, sujeira nos hospitais, o não pagamento a fornecedores, atraso de pagamento salarial do pessoal terceirizado e a desativação de setores de emergência e centros cirúrgicos (RADIS, nº33:9).

Diante de tal cenário, e da pressão popular que cobravam a intervenção imediata do Ministério da Saúde, o presidente Lula finalmente assinou o decreto nº 5.392 de 10 de março de 2005. Este continha três medidas principais: I- a declaração de calamidade

pública da saúde no Município do Rio de Janeiro, com a possibilidade compras emergenciais e a contratação temporária de recursos humanos. II- desabilitação da gestão plena de saúde do município, passando a responsabilidade para o Estado do Rio de Janeiro. III- o Ministério da Saúde passou a gerir os quatro hospitais federais (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes), além de dois hospitais municipais (Sousa Aguiar e Miguel Couto).

A intervenção conseguiu identificar também que o município não investia na Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF). Por outro lado, a prefeitura usava a falta de financiamento como forma de justificar o descumprimento da lei. Entretanto, o MS argumentou que o município deixou de usar recursos disponíveis como na Atenção Básica, que somaram mais de R\$ 56 milhões.

Segundo o Ministro Humberto Costa, a falta de vontade política e de capacidade por parte da prefeitura do Rio de Janeiro em gerir os recursos contribuíram para o caos na saúde. É interessante notar que várias foram às tentativas do prefeito Cesar Maia contra a Intervenção, sendo todas negadas na justiça. Não admitindo o fracasso, o prefeito chegou até a afirmar que a intervenção, na verdade, “atendia os seus pedidos de devolução das unidades à União, mas o que prevaleceu para a opinião pública foi a ‘vitória’ do Governo Federal” (OLIVAR, 2006 p: 108). Além disso, nutriu a expectativa de muitos na melhora em um curto prazo das condições sanitárias no município do Rio de Janeiro.

Em 06 de maio de 2005 – quase dois meses depois da intervenção- o Ministro da Saúde Humberto Costa chegou a um acordo com o secretário municipal da Saúde, Ronaldo Cezar Coelho, em que ficou estabelecido que o Ministério seria responsável pela gestão dos quatro hospitais federais, e a prefeitura reassumiria os dois hospitais

municipais (até porque, por decisão do Supremo Tribunal Federal, esses dois teriam que voltar à gestão municipal). Além disso, a prefeitura teria metas para expandir o Programa Saúde da Família, comprometendo-se a ampliar o investimento na Atenção Básica e apoiar o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU).

Com a posse do novo Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, em 11 de julho de 2005, o município e a União passaram a ter uma relação mais amena e disposta a conversar com essa nova gestão, uma vez que houve um desgaste com a equipe anterior do governo. Tanto que no dia 08 de setembro de 2005, o prefeito Cesar Maia e o novo Ministro assinaram documentos, formalizando assim um acordo entre as esferas.

Os governos de Eduardo Paes (eleito em 2008 com 50,83% e reeleito em 2012 com 64,60% dos votos válidos)¹⁶ apoiaram a criação e implementação de um novo modelo de gestão das unidades de saúde através das Organizações Sociais (OSs), ao sancionar a Lei nº5.026 em 19 de maio de 2009. Esse modelo já era criticado por estudiosos na área da saúde, uma vez que, por ser uma instituição privada, atuaria segundo uma lógica mercantil, contrataria trabalhadores de forma precarizada e muito dependente da renovação instável dos contratos, além disso, compraria medicamentos e materiais sem licitação, o que impediria uma transparência do dinheiro que era repassado e a fiscalização da esfera pública. Passados alguns anos, vemos na mídia que os receios se tornaram realidade, como desvio de verbas¹⁷, falta de atendimento

¹⁶ <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/eleicoes/2012/noticia/2012/10/eduardo-paes-e-reeleito-prefeito-do-rio-de-janeiro.html> Acesso em 21/01/2016.

¹⁷ O Tribunal de Contas do Município (TCM) aponta irregularidades de R\$ 80 milhões em contratos de nove Organizações Sociais na Saúde do Rio. <http://extra.globo.com/noticias/rio/tcm-aponta-irregularidades-de-80-milhoes-em-contratos-de-nove-organizacoes-sociais-na-saude-do-rio->

por falta de insumos e medicamentos, ambientes superlotados de pacientes pelos corredores, que continuam no cotidiano no município do Rio de Janeiro. Devido aos vários problemas identificados com a gestão das OSs, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro recomendou ao município que suspendesse novas contratações por meio de OSs para a saúde¹⁸, nos mostrando que esse modelo serve mais aos interesses privados do que o da população.

Como vimos, o Município do Rio de Janeiro concentra a maior rede de leitos credenciados do SUS, nas diversas especialidades, em diferentes níveis de complexidades. Segundo Alves, o município do Rio de Janeiro é a *principal* referência para o estado quanto à oferta de ações e serviços **na alta complexidade**, “sendo um Pólo Estadual para oncologia, TRS, hematologia, transplante, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, entre outras” (Alves, 2004:26). A mesma autora destaca que o município possui uma Central de Regulação, cujo objetivo é regular os fluxos intermunicipais de toda Região. Uma grande parcela dos usuários que são agendados para atendimento no município são oriundos da Baixada Fluminense, seja pela proximidade ou pactuações.

No próximo item, iremos abordar um breve histórico da saúde da Baixada Fluminense. Destacaremos as lutas dos usuários desde o início até a atualidade, em prol de melhores condições sanitárias para a região. Para isso, se organizaram de várias formas com o intuito de dar mais visibilidade as suas reivindicações.

18440905.html Acesso em 25/01/2016. Ver também <http://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571> Acesso em 28/01/2016

¹⁸O MP recomenda a reestruturação interna da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que permita a fiscalização eficaz dos contratos de gestão, em razão da atual fragilidade de controle. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/01/mp-rj-recomenda-que-prefeitura-do-rio-suspenda-novas-oss-para-saude.html> Acesso em 26/01/2016.

2.2.2- A Baixada Fluminense

A Baixada Fluminense representa 13% do território do estado e 24% da população, com isso é a região mais populosa do estado, ou seja, comporta o maior número de pessoas por área. Mas antes de entrar em maiores detalhes de temas atuais, vamos entender um pouco da história do surgimento dessa região. A Baixada Fluminense tinha um potencial agrícola, mas foi preterida pela elite da época colonial, deixando claro que o urbano regulava o rural. A transformação do espaço urbano importante para o crescimento da industrialização do país contribuiu para a insalubridade da maior parte das terras da Baixada, onde os governantes não apresentavam propostas para enfrentar a proliferação de doenças, principalmente endêmicas.

É importante frisar que, se hoje a Baixada alcança um índice alarmante de ocupação, essa veio se instalando gradualmente e em conformidade com a presença de condicionantes impulsionadores da densidade na região, tais como a facilidade de aquisição de lotes e as dificuldades de habitação na Metrópole (BRAVO & et al., 2007:24)

Com o passar do tempo, a população da Baixada começou a se organizar em grupos pequenos de moradores em busca de mais infraestrutura, principalmente nos anos 1950 e 1960. A Igreja Católica foi um dos principais apoios para a organização política dos bairros, se utilizando de uma pedagogia de forte apelo popular. Também obtiveram apoio “de grupos de esquerda identificados com o pensamento marxista, alguns partidos políticos, e entidades que prestavam assessoria a esses movimentos, como a Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) e as universidades públicas” (Ibidem).

A década de 1980 foi muito importante nas lutas das associações locais que começaram a se unir em torno de federações, e depois de muitos encontros que buscavam propostas que realmente trariam mudanças significativas pra região, criaram em 1984 o Comitê Político de Saneamento e Meio Ambiente da Baixada Fluminense, sendo este um espaço privilegiado para articulação da luta global pelo saneamento da região.

Ainda em novembro de 1984, realizado, com a presença de mais de 5.000 pessoas, um grande encontro, promovido pelas federações da Baixada Fluminense: Movimentos Amigos de Bairros de Nova Iguaçu (MAB), Movimento União dos Bairros de Duque de Caxias (MUB), Amigos de Bairros de Meriti (ABM) e a Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), oportunidade para qual o governador da época, Leonel Brizola, prefeitos e órgãos públicos foram convidados. Nesse encontro, o *slogam* era: 'Baixada Exige – Saneamento já'. As autoridades da época não compareceram, por isso formou-se uma grande passeata até o Palácio da Guanabara, que teve como desdobramento, em dezembro de 1984, a fundação do 'Comitê Político de Saneamento Básico da Baixada Fluminense', reconhecido e legitimado pelas autoridades (BRAVO et al. 2007: 25).

Segundo a mesma autora, essa vitória na questão do saneamento básico serviu de base para que a luta pela saúde, com a criação de fóruns de saúde a partir da implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir de 1985 foram criados conselhos comunitários, que junto com entidades do movimento popular passaram a reivindicar melhorias de forma emergencial para a saúde da Baixada Fluminense, e obtiveram como resultado a elaboração do "Programa SOS Baixada", que deu início posteriormente ao Programa Especial para a Baixada (PESB), que existiu até o início de 1990.

Em um cenário de redemocratização no país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a necessidade de reforma institucional e constitucional. O processo de municipalização de saúde em alguns municípios da Baixada ocorreu sem a

participação do movimento popular, que já vinha debatendo assuntos como controle social e gerenciamento sobre as instituições e as ações do Estado (Ibidem: 25).

Como resultado, a partir de 1991, várias mobilizações foram realizadas pelos movimentos populares. Além dos conselhos comunitários, foram criados os conselhos municipais de saúde. Estes passaram a se aliar a entidades do movimento social, trabalhadores de saúde e universidades públicas, que passaram a apoiar a lutar em prol da saúde. Para esse fortalecimento foram realizados cursos de capacitação de conselheiros de saúde na Baixada Fluminense. Além disso, houve vários encontros para fortalecer a participação popular, tais como pré-conferências, conferências e elaboração de planos municipais de saúde, com participação social.

Em 2004, após o 5º curso de Capacitação de Conselheiros da Baixada, que foi realizado em Mesquita, houve a reativação do Fórum de Conselhos de Saúde, que promoveu reuniões, encontros, debates e três seminários com objetivo de fortalecer o SUS. Essas atividades foram realizadas pelos movimentos da Baixada em conjunto com a UERJ, UFRJ e a secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. O resultado desses três seminários foi socializado por meio dos cadernos metropolitanos, que divulgaram as discussões acumuladas nesse processo, com intuito de se buscar a reorganização do SUS na região e estimular a participação social e a organização popular. Para continuar nesse fortalecimento em favor da saúde, foram realizados dois seminários no Rio de Janeiro. O 5º Seminário teve como objetivo elaborar o Plano Regional de Saúde para a Região Metropolitana I (Ibidem: 26) e o que foi debatido nesse seminário será apresentado no próximo item.

2.2.3-Principais problemas e propostas da saúde para a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro

Nos anos 2004/2005 foram realizados cinco Seminários de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana I. Nesses seminários foram abordados temas, tais como o panorama sanitário, organização de serviços, transferência de recursos, participação popular, saúde da família, reorganização do SUS.

No 4º seminário de Gestão Participativa, os participantes identificaram como macroproblemas de saúde no Município do Rio de Janeiro, em relação aos usuários: baixa cobertura pelo Programa Saúde da Família, dificuldade para garantir o atendimento de média e alta complexidade, falta de acesso, atendimento precário, falta de referência e contrarreferência e clientelismo (Brasil, 2005).

Conforme explicitado no mesmo Caderno Metropolitano, foram identificados problemas na rede de serviços, tais como o sucateamento da rede pública, precarização dos serviços, falta de medicamentos, falta de qualidade nos atendimentos, equipamentos precários e obsoletos, problemas de comunicação e lógica do atendimento voltada para produção de consulta e internação (Ibidem).

A mesma publicação, no que tange aos recursos humanos, destaca a falta de política de recursos humanos, precárias condições de trabalho e a precarização e terceirização dos recursos humanos. Além disso, o financiamento demonstra ser pouco efetivo e com problemas na distribuição dos recursos. Outro ponto de alerta é a desvalorização dos conselhos de saúde e que as propostas das conferências de saúde não são implementadas.

O 5º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da **Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense)** veio reforçar e delimitar os problemas na área sanitária dessa região em cinco itens: atendimento aos usuários de baixa qualidade, rede de serviços desorganizada, recursos humanos terceirizados, financiamento e pouca valorização do controle social e participação social. Vejamos cada um desses itens:

Atendimento aos Usuários:

Estrangulamento da porta de entrada: precariedade da atenção básica

- Falta de acesso;
- Atendimento precário dos usuários do SUS: falta de referência e contrarreferência;
- Clientelismo;
- Baixa cobertura do Saúde da Família;
- Desassistência em saúde bucal;
- Problemas de comunicação com os usuários;
- Alta incidência de doenças preveníveis: tuberculose, hanseníase, DST/aids;
- Alta incidência de mortalidade preveníveis: materno-infantil;
- Falta de qualidade nos atendimentos;

Rede de Serviços:

Desorganização das ações de saúde: não hierarquização do atendimento

- Sucateamento da rede pública (leitos desativados, falta de equipamentos);
- Precarização dos serviços;
- Falta de insumos, especialmente medicamentos;
- Problemas com alimentação;
- Equipamentos precários e obsoletos;

- Lógica do atendimento voltada para a produção de consulta e internação;
- Distorção na oferta de leitos (excesso em algumas especialidades e carências em outras: Materno-Infantil, Neurocirurgia, Cardiovascular, Oftalmologia, **Urologia**¹⁹;
- Péssima oferta de serviços nas AP 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 do Município do Rio de Janeiro;
- Rede básica não absorve as necessidades da população (hipertensão arterial, diabetes);
- Consórcio da baixada (Cisbaf) com natureza privada e sem controle social.

Recursos Humanos:

Falta de Política de Recursos Humanos

- Precárias condições de trabalho;
- Precarização e terceirização dos recursos humanos;
- Carência de recursos humanos nas unidades;
- Ausência de diálogo com os trabalhadores de saúde;
- Dificuldade de estabelecimento de relação entre a burocracia, profissional de saúde e o usuário.

Financiamento:

Financiamento pouco efetivo

- Problemas de distribuição dos recursos;
- Incapacidade no uso de recursos financeiros disponíveis;
- Contratos de manutenção vencidos, não pagos e/ou não renovados;
- Falta de prestação de contas nos conselhos de saúde.

Controle Social e Participação Social:

Pouca valorização dos conselhos e da Participação Social

- Poder público não valoriza os conselhos de saúde;
- Poder público não tem respeito pelas deliberações dos conselhos;

¹⁹ A palavra Urologia destaquei, uma vez que tal especialidade será abordada mais adiante nesse trabalho. Ressalta-a que desde esse seminário já se apresentava carência nessa área da medicina.

- Linguagem muito técnica com relação à prestação de contas;
- As propostas das conferências de saúde não têm sido viabilizadas pelo poder público;
- Problemas de comunicação entre os conselhos e os movimentos sociais;
- Falta de infra-estrutura para o funcionamento dos conselhos;
- Não paridade em alguns conselhos;
- Indicação pelo gestor da representação dos trabalhadores de saúde;
- As leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos não têm sido respeitadas, em alguns conselhos;
- O funcionamento de alguns conselhos tem priorizado a burocratização das ações;
- A sociedade civil organizada ainda não tem conhecimento dos conselhos;
- Chantagem institucional do Poder Executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros;
- Falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o Executivo;
- Dificuldade das representações da sociedade civil;
- As lutas coletivas estão sendo substituídas por lutas corporativas;
- Não efetivação dos conselhos gestores de unidades (BRASIL/ MS, 2007 p: 35-37).

Esses mesmos seminários, além de mostrar os problemas, também trouxeram algumas *propostas* para a retomada do debate político em saúde, tendo como base o que foi reivindicado pela Reforma Sanitária, *ou seja, a garantia do direito a saúde; o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde; a observância dos princípios do SUS: universalidade, integralidade*²⁰, *intersetorialidade e descentralização com controle social, além do respeito às deliberações do controle social* (conselhos e conferências (Ibidem, 2007:37).

²⁰ Os princípios da universalização do acesso e Integralidade serão abordados mais adiante.

Embora não tenha a pretensão de detalhar todas as propostas, vamos destacar *algumas* das propostas que foram trazidas nesse seminário:

“Rede de serviços e atendimento aos usuários

- Garantir o direito à universalidade do atendimento, o usuário deverá ser atendido independentemente do local onde resida;
- Valorizar a porta de entrada do sistema através da atenção básica, a fim de evitar que a mesma seja a Emergência (fortalecimento da atenção básica para desafogar os hospitais);
- Reorganizar o SUS na região com ênfase na atenção básica por meio da expansão de Saúde da Família com qualidade. Cumprir, a curto prazo, as metas da fase 1 do Proesf na Região Metropolitana I. A Saúde da Família precisa ser uma estratégia de (re)organização da atenção básica e não um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. A Reorganização da atenção básica tem como objetivo a reorganização do sistema prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência: média e alta complexidade. A Saúde da Família precisa ter sua direção modificada na perspectiva da *integralidade e universalização* do SUS;
- Organizar a rede de serviços: nas áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro e na baixada Fluminense;
- Integrar ações da Baixada com o Município do Rio;
- Garantir a abertura de das emergências fechadas no Município do Rio de Janeiro;
- Garantir o atendimento de emergências clínicas para suporte nos PAMs;
- Reativar leitos e salas cirúrgicas de diversos hospitais;
- Distribuir os leitos hospitalares regionalmente;
- Aumentar o investimento na medicina preventiva, ultrapassando o binômio consulta – internação;
- Garantir melhor cumprimento do papel da Secretaria Estadual de Saúde;

- Combater a corrupção que ‘trava’ o bom funcionamento do sistema público de saúde;
- Realizar um momento de político público com o Fórum de Conselhos, Ministério da Saúde e prefeituras em torno de um plano metropolitano da saúde.

Recursos Humanos:

- Formar fórum de discussão sobre recursos humanos;
- Definir uma política de recursos humanos comprometida com os direitos e necessidades de saúde da população;
- Adotar a CLT como regime emergencial para os funcionários, a fim de evitar a precarização;
- Acabar com a precarização do trabalho na saúde;
- Aprovar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no estado e nos municípios com ampla discussão com os servidores;
- Garantir a realização de cursos de qualificação para profissionais de saúde e conselheiros;
- Viabilizar a capacitação continuada dos agentes comunitários de saúde;
- Realizar curso de qualificação para os gestores das unidades;
- Realizar concurso público para trabalhadores de saúde do SUS, incluindo os agentes comunitários, guardas de endemias e especialidades em saúde do trabalhador.

Financiamento:

- Fomentar debates acerca da responsabilidade social e sanitária;
- Garantir transparência no orçamento;
- Garantir autonomia dos fundos municipais de saúde;
- Aprovar nas câmaras municipais orçamentos para financiamento dos conselhos de saúde;
- Garantir efetivo financiamento às políticas de saúde;
- Cumprir a Emenda Constitucional nº29 por todas as prefeituras da região.

Conselhos e Participação Social

- Garantir que o controle social seja fiscalizador, informativo e deliberativo, que tenha a participação dos três segmentos da sociedade civil;
- Consolidar o Fórum de conselhos da Região Metropolitana I;
- União da Região Metropolitana I (Rio e Baixada Fluminense);
- Capacitar os conselheiros em políticas públicas (Legislação do SUS, suas resoluções e normas);
- Garantir que os conselhos elaborem as diretrizes das políticas de saúde;
- Garantir que os relatórios financeiros das prefeituras sejam apresentados em tempo hábil para a aprovação dos conselhos;
- Viabilizar a participação do Ministério Público na construção do Fórum de pactuação;
- Articular e mobilizar o controle social para resoluções de problemas de referência e contrarreferência, aprovação do PCCS e implementação das demais deliberações das conferências,
- Criar os conselhos gestores em todas as unidades de saúde;
- Divulgar as reuniões dos conselhos em rádios, jornais, sindicatos, escolas, etc.;
- Viabilizar a articulação entre os conselheiros representantes dos usuários com os trabalhadores de saúde;
- Estimular maior articulação entre os CMS, o CES e o CNS;
- Garantir que os conselheiros elejam seus presidentes, no âmbito municipal e estadual, por lei;
- Garantir a articulação dos conselhos com os movimentos sociais (Ibidem, p:37-41).

Em todo este quadro, há a necessidade de estabelecer prioridades focando na prevenção e promoção da saúde. A luta por uma saúde universal e integral ainda está na ordem do dia. Hoje, mesmo com tantos esforços levantados aqui pelos seminários, os governantes preferem se manter alheios ou dar pouca importância às vozes que

solicitam urgência na melhoria da qualidade da saúde na região metropolitana I. Os municípios da Baixada pouco investem em uma rede própria de serviços, pois na realidade optam em sua maioria por comprar serviços da rede privada, por meio de contratos e convênios, dificultando novamente o acompanhamento e a fiscalização do atendimento oferecido a população, e representando um amplo espaço para fraudes e irregularidades (BRASIL/MS, 2007:21b).

Um outro ponto importante da Baixada Fluminense é no que diz respeito à assistência hospitalar, uma vez que os hospitais da região, em sua maioria, não tem definido qual o seu papel na rede assistencial. Sendo assim, não há uma classificação dos hospitais por hierarquia (hospitais de média complexidade, terciários, referência por especialidades, etc.) (Ibidem).

A distribuição de leitos nessa região da Baixada é bastante desigual, o que gera concentração de atendimento em alguns municípios. Duque de Caxias, São João de Meriti e Nova Iguaçu são os que mais oferecem leitos. Mas acontece que nem mesmo estes conseguem atender a demanda e com isso muitos usuários praticam um verdadeiro êxodo para o município do Rio de Janeiro que tem mais leitos e especialidades nos níveis de atenção da Média e a Alta Complexidade, e mesmo assim a demanda reprimida se depara com grandes problemas, como falta de acesso, atendimento precário, falta de referência e contrarreferência, e clientelismo.

Assim neste capítulo em vimos, vimos brevemente à trajetória da saúde na Região METRO I do Rio de Janeiro, e a partir de agora, passaremos a focar no próximo capítulo os conceitos sobre acesso e integralidade. Além disso, abordaremos os principais desafios e impasses para que esse princípios constitucionais têm na realidade do país para a sua devida efetivação no cotidiano dos usuários do SUS.

CAPÍTULO 3 – Os conceitos de acesso e integralidade como princípios fundamentais do SUS

Este capítulo tem como preocupação central abordar dois dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde: Acesso e a Integralidade. Para isso utilizaremos de algumas contribuições da literatura voltada para esses termos para analisar conceitualmente cada um desses princípios.

Para facilitar a compreensão, dividimos o capítulo em dois itens. No primeiro será abordado o termo Acesso. No segundo passaremos a analisar a Integralidade e suas múltiplas definições. Em ambos procuraremos destacar os impasses e desafios para efetivação na realidade da saúde brasileira.

3.1 – Acesso

A categoria acesso vem sendo analisada na literatura por diversos autores que buscam explicar as suas várias dimensões. Segundo Vidal (2006) o termo acesso é complexo e amplo, e ao consultar algumas fontes bibliográficas sobre acesso, as ações e serviços de saúde, foi observados pouca variações no que tange a terminologia e aos tipos de acesso. Vidal destaca que alguns autores, como “Travassos & Martins (2004) preferem empregar o substantivo acessibilidade, que indica o caráter ou qualidade do que é acessível” (2006:65). Mas indica que outros como “Ramos & Lima (2003) e Giovanela & Fleury” utilizam o termo acesso. Segundo a mesma autora embora os termos sejam diferentes, ambos exercem a função de indicar o grau de facilidade em que os usuários obtêm cuidados em saúde.

A mesma autora nos chama a atenção que diversos estudiosos que debatem sobre a temática de acesso, dentre eles, Giovanela & Fleury (1996) nomeiam quatro dimensões para o eixo de análise do acesso: **econômica, política, técnica e simbólica**:

a **dimensão econômica** é caracterizada pela relação entre oferta insuficiente de ações e serviços e o crescente gasto em saúde que as famílias brasileiras apresentam. Esse gasto, segundo Melo (2004), inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento e outros.

A **dimensão política** diz respeito às relações entre as políticas de saúde e o modelo de atenção à saúde que envolve a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social. Destacamos, conforme Vasconcelos (2006) que o modelo de assistência à saúde, não alija o usuário do sistema, quando gera demanda reprimida²¹, mas também quando não cria estratégias que possam contribuir para o desenvolvimento da consciência sanitária e a realização do controle social.

A **dimensão simbólica** é relativa às representações sociais do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender as necessidades dos usuários.

Do ponto de vista da dimensão **técnica, funcional ou organizacional** (denominação que varia de autor para autor), Adami Apud Ramos & Lima (2003) salientam que os aspectos levantados pela organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem as demandas reais e serem capazes de assegurar o

²¹ Segundo Vidal (2006:15) “a **demandas reprimidas** no Sistema Único de Saúde é gerada nos vários níveis do sistema e deriva tanto da falta de acesso na porta de entrada do sistema quanto do acesso incompleto, resultado da falta de resolutividade na relação de referência e contrarreferência na dinâmica do sistema”.

acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. A dimensão técnica refere-se à qualidade e quantidade dos serviços que o usuário necessita, o que inclui horários previstos, turnos de funcionamento, demora em obter consulta, tempo de espera para atendimento pelo profissional de saúde e para realização de exames (VIDAL, 2006:65-66)

Além dessas quatro dimensões, a mesma autora nos chama a atenção sobre a análise do acesso com relação à **dimensão geográfica**, na qual há de ser levando em conta o local adequado para implantação de postos de saúde, hospitais, centros de saúde, para realmente atender as necessidades da população, uma vez que leva em consideração o tempo de deslocamento para a unidade de saúde e os meios de transporte, embora que não garanta a possibilidade de serviços mais próximos. Diante disso, vemos que o acesso conforme as dimensões aqui mencionadas perpassam as condições de vida dos usuários, de acordo com poder aquisitivo, educação, dentre outras, o que influencia no acesso aos serviços de saúde. Portanto “o acesso engloba desde a oferta de serviços adequados, até o acolhimento, vínculo e também a resolutividade” (VIDAL, 2006:67). Para a mesma autora o acesso está relacionado ao uso de serviços de saúde e, tal uso está condicionado a fatores tanto externos como internos na área da saúde, tais como:

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos. As escolhas individuais também são importantes, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas para o sistema e nem todas as demandas são atendidas. Dessa forma, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades no risco de adoecer e morrer (VIDAL, 2006:67).

Diante disso, chegamos ao entendimento que no cotidiano da assistência à saúde, o acesso as ações e aos serviços de saúde não se efetivou de forma universal conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Esta por sua vez, assegura a concepção de acesso com vistas a promoção, prevenção, serviços assistenciais, disponibilizado serviços e recursos na área da saúde para de suprir quando necessário as necessidades no cuidado da saúde dos usuários, com objetivo de garantir a qualidade de vida dos cidadãos.

Para se entender a dinâmica atual do acesso, vimos como foi a sua trajetória até a Constituição Federal de 1988. No entanto, embora tenhamos esse marco legal que era uma das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, nesse período vemos o esforço neoliberal para que a universalização do acesso não se concretizasse, desenvolvendo medidas de resistências aos que defendiam os princípios democratizantes e universalistas em relação às políticas públicas.

Pereira (1996) menciona que a universalização, em um contexto de crise fiscal e sem definição de novas fontes de financiamento, resultou de forma não intencional, no que o autor chama de uma 'privatização por afastamento' dos setores médios da população que migraram do setor público para o setor privado. O Estado, embora tenha ampliado o acesso à saúde, a universalização acabou se tornando excludente, uma vez que a inclusão das camadas populares não previdenciárias foi acompanhada por ajustes de gastos, impactando diretamente na qualidade das ações e serviços prestados, tendo como consequência a migração das camadas médias para o setor privado de saúde. Diante disso, a universalização passa a ter um perfil de atender os setores sociais mais populares e não a toda a sociedade.

Paim aponta que os governos não priorizaram nas suas agendas a resolução dos problemas na infraestrutura, financiamento, organização e gestão do Sistema de Saúde. E esse acúmulo de problemas que é resultado das políticas econômicas neoliberais, colabora para uma cidadania restrita e para o aumento das desigualdades sociais, mostrando assim, toda “cruza do modelo de desatenção hegemônico” (Paim, 2006:26). Diante disso, questões referentes aos problemas de acesso são conhecidas pela população, na forma de:

Filas vergonhosas para assistência médica desde madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputas por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários, longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame (PAIM, 2006:26).

Nesse contexto, vemos que o acesso universal é mais garantido na formulação de leis do país do que propriamente na realidade dos usuários. Segundo dados do Ministério da Saúde, o problema mais perceptível são as filas de espera para a marcação de consulta (Brasil, 2003) e as variações sociais de acesso e no consumo de serviços de saúde. Segundo Paim (2006), também podem indicar desigualdades na qualidade da atenção, pois os mais pobres chegam a esperar o dobro do tempo para ser atendidos em relação aos que dispõem de seguro saúde.

As questões de acesso estão interligadas também aos questionamentos da qualidade de ações e dos serviços com os quais os usuários se deparam nas unidades

de saúde. A partir da falta de regulação de grande parte dos exames, consultas ou internações, vemos com regularidade a “via crucis” de usuários em busca de atendimento nas diferentes unidades de saúde. Diante dessas dificuldades, a mercantilização da doença ganha contornos com a procura dos serviços privados, como formas de obter consultas e exames.

Por fim, vemos o que Vidal (2006:15) fala sobre **acesso incompleto**, que é a descontinua assistência a saúde, ou seja, “o usuário não consegue acesso aos diferentes níveis de atenção e/ou não consegue ter acesso às variadas ações e serviços no interior de um mesmo nível de sistema”. Vemos que a ampliação na rede básica não é garantia para transferência para especialidades de média e alta complexidade, bem como a exames e medicamentos. Além disso, quando conseguem acessar outro nível de atenção, não tem suas necessidades atendidas.

Destacamos que o uso de serviços é uma expressão do acesso, mas que os fatores individuais e contextuais influenciam também o uso. Assim, como vimos, é importante compreender os múltiplos fatores que determinam os diferentes tipos e bloqueios ao uso de serviços, que serve para orientar na formulação de políticas, com o objetivo de melhorar o desempenho do sistema de saúde.

3.2 – Integralidade

Segundo Mattos (2004), o termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A noção de atenção integral à saúde não tem um conceito fechado e está em construção. Segundo Paim (2006), a integralidade

constitui um princípio e, ao mesmo tempo uma diretriz para a organização do SUS, segundo a Constituição de 1988. Embora o texto constitucional não utilize a expressão integralidade, aponta para um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Art 198). Tal noção deriva da proposta de medicina integral, que busca articular cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação de dano e reabilitação) sobre o processo saúde-doença. Na literatura, há vários debates acerca do conceito de integralidade, um recente esforço de reflexão teórica e empírico para estabelecer critérios que a contemplem na atenção à saúde. Para Mattos, a integralidade:

é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘uma imagem objetivo’, em enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas praticas que são consideradas (...) desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (2009:45).

Ou seja, para o mesmo autor, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS tal qual definida na Constituição, mas também, uma das bandeiras de lutas do movimento sanitário. E de certo modo, ela tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das praticas que nele são exercidas, contrapondo-se com as características vigentes ou predominantes (Mattos, 2004).

Neste contexto, há de se concretizar um modelo assistencial ancorado em uma visão ampliada do processo saúde-doença e que torna como objeto a pessoa ou os grupos sociais, em seu contexto de vida e de acordo com as suas necessidades, e que portanto depende de mudanças profundas em todos os aspectos implicados no trabalho de cuidado e promoção de saúde.

Ainda no entendimento de Mattos, a integralidade compreende três grandes conjuntos: as práticas profissionais de saúde, que devem buscar “compreender o conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde que um paciente apresenta”; a organização dos serviços e das práticas de saúde a partir das necessidades de uma determinada população; e as respostas governamentais aos problemas de saúde específicos ou que afligem certo grupo populacional, considerando os contextos culturais e as diversas formas de adoecer (Machado,2003).

A integralidade da atenção a saúde, para alguns, chega a soar como uma utopia. Porém, para que venha a ser real, há de se realizar mudanças nas práticas de saúde e na organização institucional. Alguns críticos nos chamam a atenção de que nos últimos anos tem-se colocado no centro das atenções à saúde a Atenção Básica e, em menor grau de importância, os demais níveis de atenção a Média e Alta Complexidade.

Paim (2006) nos aponta que na tentativa de uma “coexistência pacífica entre a demanda espontânea e a oferta organizada ou entre os princípios do impacto e da não-rejeição da demanda”, tanto a Constituição como a Lei Orgânica da Saúde passam a dar enfoque para as ações de promoção e proteção em saúde, sendo esta uma concepção de integralidade da atenção. E esta noção se estendeu aos diferentes níveis de complexidade, assumindo assim, a idéia de continuidade das ações. A partir das bases conceituais da Reforma Sanitária, vemos que a integralidade está contemplada nas seguintes perspectivas:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção dos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidem sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento, mediação ação intersetorial (PAIM, 2006:35).

Para muitos autores, a construção e a implementação da integralidade são apontadas como o maior desafio da saúde no Brasil, tanto na questão política, e no que tange ao financiamento, quanto na questão técnica para orientar a organização, o planejamento e a gestão do sistema de saúde.

Como organização e articulação entre os serviços, a integralidade configura-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições promotoras de serviços de saúde.

Assim, vemos que a integralidade e o acesso encontram entraves e limitações na Sistema Único de Saúde. Há muita realmente a ser feito para que esses princípios venham de fato se tornarem mais efetivos nos diferentes níveis de atenção e com a com um maior empenho dos órgãos públicos, com o intuito de entender a necessidade da população, e com isso elaborar estratégias em que venha a atender o usuário em sua totalidade.

No próximo item, iremos abordar como o acesso e a integralidade na assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso. Veremos o percurso metodológico escolhido para o desenvolvimento da pesquisa e os resultados alcançados.

Capítulo 4- Os Caminhos da Pesquisa e Resultados

Neste capítulo veremos a trajetória para a elaboração desde a observação no período de estágio curricular em serviço social no Hospital Federal de Bonsucesso, como também da presente pesquisa. Com o objetivo de verificar as dificuldades para que os princípios do acesso e a integralidade possam realmente ser efetivos na assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e no HFB, mostraremos no item 4.1. o percurso metodológico adotado para a elaboração da pesquisa. No item 4.2, teremos os resultados encontrados sobre a da rede de assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, e veremos a escassez dessa oferta na atenção básica e na média complexidade.

No tópico 4.3 está dividido em dois subtemas: no primeiro (4.3.1), analisaremos o Hospital Federal de Bonsucesso, suas competências e dificuldades encontradas em uma unidade de alta complexidade. No segundo (4.3.2), temos a apresentação do Serviço Social do HFB, suas atribuições e os limites institucionais encontradas por essa categoria para o exercício profissional. No item 4.4, analisaremos o Setor Urologia do Hospital Federal de Bonsucesso, e no 4.5, o perfil dos usuários da urologia que aguardam por cirurgia no HFB. No item 4.6, foram analisados os depoimentos dos usuários e profissionais da urologia do HFB. No subitem 4.6.1, a percepção dos usuários sobre a assistência urológica na METRO I do Rio de Janeiro. No Item 4.6.2, indicamos o “jeitinho” como outra forma de acesso na unidade. E no item 4.6.3, aborda sobre a percepção dos médicos com relação: a) estrutura da assistência urológica nessa região e os reflexos no HFB; b) analisaremos as formas de acesso na urologia do HFB, e c) Principais problemas do Setor de Urologia do HFB.

4.1 Percurso Metodológico

Este trabalho surgiu a partir de inquietações despertadas no período de estágio supervisionado em Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) no período de 02/04/2009 a 31/06/2011. Durante esse tempo pude observar uma busca constante de usuários na tentativa de acesso ao serviço de urologia na unidade, devido à dificuldade encontrada por estes de ter suas necessidades atendidas na rede assistencial em outras unidades do sistema de saúde. Além disso, nota-se que usuários já acompanhados na unidade procuravam o serviço social com as mais diferentes solicitações e reclamações da assistência urológica da unidade. Outro ponto digno de nota, é que além dos usuários oriundos do próprio Município do Rio de Janeiro, havia um grande fluxo de demanda vindo da Baixada Fluminense.

Diante da observação, tanto no Plantão Social, ambulatório e enfermaria em urologia na unidade, surgiram questões que desencadearam a necessidade de se aprofundar o estudo valorizando a demanda espontânea²² na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro com um recorte na atenção urológica²³. **Assim investimos na hipótese principal de que em um contexto de precarização do SUS e de sua oferta de serviços de baixa e média complexidade no sistema, temos como resultado uma sobrecarga a unidade de alta complexidade (HFB), que acaba exercendo também a função dos demais níveis de atenção, se confrontando com o que se preconiza**

²² Segundo Vasconcelos, a procura espontânea ocorre “quando os usuários procuram espontaneamente o plantão social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações” (2006:248).

²³ Cabe ressaltar que a dificuldades de assistência em saúde se apresenta em praticamente todas as especialidades médicas, não somente em urologia. A escolha por tal especialidade se deve a proximidade com esse setor e a pouca produção teórica em volta desse tema quanto a demanda reprimida e acesso incompleto em tal área da saúde.

nos princípios de acesso e atenção integral estabelecidos no texto constitucional de 1988 e do Sistema Único de Saúde. A pesquisa pretende também investigar quais são os entraves percebidos e estratégias utilizadas tanto pelos usuários como para os profissionais da equipe médica em urologia para o enfrentamento dos desafios associados aos princípios de acesso e integralidade.

Para investigar essa temática, propomos a estratégia de um estudo de caso sobre a assistência em urologia na Região Metropolitana I (METRO I) do Rio de Janeiro e a percepção dos usuários e médicos dessa especialidade no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) sobre a rede de atenção para esse serviço, tendo como referencial os princípios da universalidade de acesso e atenção integral do Sistema Único de Saúde.

Para Yin, o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (2001:32). Nesse estudo de caso contamos com uma combinação de dados quantitativos e qualitativos, para se chegar o mais próximo da realidade da assistência urológica na METRO I do Rio de Janeiro.

Optou-se pelo estudo de caso unitário, uma vez que, a pesquisa teve como foco *a assistência na atenção urológica*, na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, em seus diferentes níveis de realidade, e portanto, constituindo os diferentes níveis de análise. Segundo Vasconcelos (2007) e Yin (2001), os níveis de análise se diferenciam dos níveis de realidade quando o desenho da pesquisa apresenta diferentes estratégias de investigação para um ou mais níveis de realidade. Uma mesma estratégia de pesquisa determina os níveis de análise. De acordo com o quadro I, temos portanto,

três níveis de análise: (I) a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, (II) o Hospital de Bonsucesso e o Setor de Urologia do HFB, e (III) com as entrevistas com usuários e médicos dessa especialidade.

Quadro 1: Estratégias no Campo de Pesquisa.

Níveis de Análise	Níveis de Realidade do Campo de Pesquisa	Estratégias Pesquisa de Análise
Nível de Análise I	METRO I do Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos dados do Sistema SUS - Material bibliográfico primário e secundário - Visitas institucionais - Contatos telefônicos
Nível de Análise II	H. Bonsucesso e o Setor de Urologia	<ul style="list-style-type: none"> - Material bibliográfico primário (Relatórios de Gestão da unidade, planilhas de fluxos dos usuários em urologia). - Observação participante
Nível de Análise III	Usuários e Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas - Observação participante

Nos estudos de caso, para a definição do número de casos a serem estudados, segundo Vasconcelos (2007) e Yin (2001), se toma como referência o nível da realidade mais amplo, ou seja, a atenção à urologia na METRO I. Assim, lemos um estudo de uma única área metropolitana, e definimos que a presente pesquisa se trata de um estudo de caso unitário, apesar de seus três níveis de análise.

Em um primeiro momento, a metodologia se constituiu na busca de fontes bibliográficas secundárias para auxiliar na investigação do trabalho, e para isso foi utilizado livros, teses, dissertações, monografias e artigos científicos para contextualização e ampliar o conhecimento sobre os temas de contextualização e sobre

temas chaves de pesquisa, como por exemplo acesso, acessibilidade, universalização, integralidade, acesso incompleto, política de saúde, urologia, rede de atenção, Região Metropolitana I do rio de janeiro e etc. Além disso foram utilizados sites que produzem registros e dados estatísticos de pesquisas e de sistemas de informações oficiais de caráter público, tais como:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Cidades - O Cidades é uma ferramenta para se obter informações sobre todos os municípios do Brasil num mesmo lugar. Neste site são encontrados gráficos, tabelas, históricos e mapas que traçam um perfil completo de cada uma das cidades brasileiras.
- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizado pelo DATASUS, nessa ferramenta contem informações das atuais condições de infraestrutura dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas administrativas, ou seja, federal, estadual e municipal.

Para se ter uma visão mais próxima da realidade foram utilizados recursos e fontes primárias, tais como:

- Produção da Assistência do HFB e do setor de Urologia fornecidos pelo setor de Planejamento e Assessoria da unidade, que utilizam uma planilha denominada Cesta Básica, que armazena os atendimentos realizados na unidade do período de 2009-2014;

- Relatórios de Gestão do Hospital Federal de Bonsucesso no exercício de 2009 a 2014²⁴;
- Planilha com cadastro dos pacientes adultos que aguardavam por procedimento cirúrgico do ambulatório de urologia, fornecido pela secretaria do Serviço de Urologia do HFB em maio de 2011, em que constava 411 cadastros. Após analisar cada prontuário, chegamos a quantidade 369 cadastros que tinham as informações necessárias para um mapeamento dos usuários, desde as categorias: sexo, áreas em que as patologias se manifestam, e municípios de origem dos usuários²⁵.
- Observação na unidade durante período de estágio supervisionado, no qual puderam ser anotados no diário de campo os atendimentos realizados e as atividades desenvolvidas nesse período na unidade. É importante ressaltar que o diário de campo é uma forma que permite refletir e ter uma visão crítica

²⁴ Os relatórios de gestão do exercício de 2009 a 2014 estão disponibilizados no site do Hospital Federal de Bonsucesso: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao>, clicar na opção **gestão**:
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/RELATORIO_DE_GESTAO_2015_EXERCICIO_2014.pdf.
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/RELATORIO_DE_GESTAO_2013.pdf.
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/RELATORIO_DE_GESTAO_2012_HFB.pdf.
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/RELATORIO_DE_GESTAO_2011.pdf.
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/Relatorio_de_Gestao_2010.pdf.
http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/Relatorio_de_Gestao_2009.pdf. Acesso em 15/02/2016

²⁵ Importante ressaltar que, ao examinarmos cada cadastro, foram identificados erros no preenchimento do cadastro de alguns usuários, como por exemplo o CEP e bairros que correspondiam a outros municípios, mas no sistema constava como do município do Rio de Janeiro. Cabe aqui uma crítica, no sentido que os profissionais que atuam na CAU (Central de Atendimentos a Usuários) do HFB sejam devidamente orientados a como preencher o cadastro tanto no Hospub (software de cadastramento das matrículas na unidade e que serve de consulta e armazenamento de informações de atendimentos realizados), que está em processo de substituição para um novo software, o E-SUS. Uma vez que diante de dados corretos, fica mais fácil tanto para a instituição quanto para os pesquisadores chegarem o mais próximo da origem da demanda que é atendida na unidade, e com isso, teremos dados mais confiáveis para reformulações na política de saúde.

do cotidiano profissional e constitucional, contribuindo para reflexão do estagiário na prática profissional, e também contribui para a discussão de alguns casos no espaço acadêmico;

- Entrevistas com roteiros semiestruturadas, seguindo o método qualitativo, trazendo questões com respostas abertas, tanto para os usuários como para os médicos inseridos no setor de urologia.

Foram selecionados para participar das entrevistas **seis usuários e quatros médicos** do serviço de urologia do HFB, com objetivo de compreender as percepções quanto aos desafios ou implicações para se obter acesso e a integralidade na atenção urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso (CEP-HFB)²⁶, com entrega do projeto de pesquisa e de documentos firmando assim a parceria entre as duas instituições: a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o HFB. Após análise, verificou-se que o trabalho estava dentro dos padrões éticos da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº196/1996, que dispõe sobre pesquisa com seres Humanos, sendo aprovado em 07 de abril de 2011²⁷.

A seleção dos usuários que participaram da pesquisa ocorreu de acordo com os relatos feitos no Plantão Social, ambulatório e enfermaria da urologia, cujas experiências se enquadravam na temática da pesquisa. Foram selecionados usuários com perfil adulto, ou seja, maiores de dezoito anos. Além disso, dentre esses critérios

²⁶ No Anexo II consta a cópia desse documento aprovado pelo CEP-HFB.

²⁷ É importante informar que a previsão de conclusão desse trabalho de conclusão de curso estava prevista para setembro de 2011, mas a conclusão do trabalho teve que ser adiada devido a problema de saúde da pesquisadora. O Comitê de Ética em Pesquisa da unidade foi oficialmente informado e solicitado prorrogação para entrega do trabalho, primeiro pedido feito em 26 de fevereiro de 2015. Entretanto, houve a necessidade de uma nova prorrogação para a conclusão do trabalho para o mês de abril de 2016, pedido este entregue dia 18 de março de 2016. Vide Apêndice III.

temos a dificuldade de acesso a essa especialidade; o local de origem, que teria que ser da METRO I; percepção de como funciona os níveis de atenção nessa Região; como teve acesso ao serviço do HFB e como avalia o serviço de urologia na unidade. É importante ressaltar que para garantir a não identificação dos usuários, os nomes que estão no trabalho são fictícios.

A entrevista com os médicos que atuam no serviço de urologia contou com a colaboração de quatro médicos da equipe permanente e da residência²⁸ com experiência na instituição. Para assegurar a não identificação, optou-se por diferenciar as falas dos profissionais como Médico I, Médico II, Médico III e Médico IV, essa foi uma estratégia de pesquisa para garantir o anonimato e sigilo dos entrevistados. A escolha dos profissionais com mais tempo na profissão e dos que estão começando teve como objetivo cobrir as diferentes percepções destes quanto à política de saúde voltada para a rede de atenção urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, tendo como base os princípios do acesso e a integralidade. Além disso, a entrevista com os médicos teve o intuito de saber as percepções quanto às condições de trabalho, como entende a questão da oferta e demanda, os problemas que encontram no seu cotidiano profissional, o funcionamento do serviço, como entende o perfil dos usuários que estão inseridos, a fila de espera por procedimentos, se há uma percepção de agravamento no adoecimento por problemas estruturais e da rede, e como lidam com essa demanda. A entrevista com os profissionais da equipe médica foi facilitada devido o contato prévio da pesquisadora com estes que atuam no setor de urologia, levando-

²⁸ Médicos residentes são médicos já formados na graduação de medicina. No caso da urologia, fazem antes uma especialização por dois anos em cirurgia geral, para depois fazer a especialização em urologia, com duração de três anos.

se em conta que a pesquisadora atuava nesse setor da urologia no período de estágio curricular e extracurricular.

As entrevistas foram realizadas em diversos espaços físicos dentro da unidade (nas salas de atendimento do plantão do serviço social, no ambulatório, no auditório da urologia, etc), buscando sempre locais que fossem mais convenientes para os entrevistados, e que se sentissem confortáveis durante a abordagem, e também que garantissem o sigilo das informações e da identificação dos entrevistados.

Antes das entrevistas os participantes ficaram cientes do objetivo da pesquisa, ou seja, qual a finalidade das informações que foram coletadas, e receberam um Termo de Livre Consentimento, que foi lido e assinado previamente à entrevista. Foram informados também que a entrevista se daria com gravação de áudio, e para isso foi utilizado um equipamento mp4. É importante mencionar que foi explicado que, se em algum momento não desejassem que determinada informação fosse gravada, seria feita a interrupção e o registro se daria apenas por escrito. Durante as entrevistas não foi necessário esse recurso. As gravações foram posteriormente transcritas para análise das falas dos entrevistados.

Além disso, foi utilizado em vários momentos do trabalho, documentos de comunicação de massas, como jornais, o que constituiu uma importante fonte de dados. Segundo Moraes, o jornal é utilizado geralmente por pesquisadores em suas pesquisas por permitir

ampliar o acesso à realidade fornecendo informações não encontradas em outros lugares, complementando informações escassas; alongando discursos oficiais; sendo confrontado com dados oficiais; oferecendo “algo mais” informacional. (...) Os jornais de hoje, frequentemente, resgatam o passado ao narrarem acontecimentos de outras épocas, seja para localizar a origem de uma questão que perdura, seja para exemplificar historicamente a reincidência de alguns fatos, seja como efemérides (MORAES,1995:82).

Segundo a própria autora, de certa forma é um “instrumento ideológico utilizado de forma ativa quando forma a opinião pública e de forma passiva quando espelha as idéias dominantes” (ibidem:82). Ou seja, é uma linguagem utilizada na formação da opinião pública e tem o poder de divulgar “idéias e de estabelecer consenso” (ibidem:82). Segundo a mesma autora, o pesquisador tem que ter cuidado ao buscar essas fontes, porque a questão da credibilidade das informações sempre é levantada pelos que utilizam essa fonte. Mas vemos que, para muitos pesquisadores, o jornal permite obter os diversos tipos de “vozes”, que dificilmente seriam encontradas em outras fontes informacionais (MORAES, 1995:80). Devido o intervalo do início até a conclusão desse trabalho, ocorreram muitas mudanças no cenário da saúde pública no país, principalmente no Estado do Rio de Janeiro, e os jornais contribuíram para a atualização da realidade até a conclusão desse estudo.

Outra fonte de consulta utilizada é constituída pelos sites das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana I, ou seja, dos seus 12 municípios, com objetivo de se verificar os locais onde a especialidade era ofertada em cada um deles. Como alguns municípios não tinham essa informação nos seus sites, ou até mesmo não têm site, foram realizadas ligações para os contatos das secretarias que estavam disponíveis na internet, na tentativa de obter informações das unidades que ofereciam assistência urológica nos municípios dessa região.

Por fim, para obter mais esclarecimentos sobre como funciona a rede de atenção urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, foram realizadas visitas institucionais com entrevistas informais (será mantido o anonimato dos funcionários que contribuíram para este trabalho) nos seguintes locais:

- Na Secretaria Estadual de Saúde (SES) no setor da Superintendência de Atenção Especializada controle e Avaliação (SAECA) – setor que disponibilizou dados dos locais que ofereceram atendimento hospitalar em urologia na METRO I do Rio de Janeiro no período de 2009-2014;
- Na CAP 2.1, localizada dentro do campus da UFRJ da Praia Vermelha, visita realizada com a finalidade de fazer contatos com médicas reguladoras do Sistema de Regulação (SISREG), para entender a como são feitas a regulação de vagas para as demandas das unidades básicas que solicitam encaminhamento pra o atendimento em urologia;
- Na Policlínica Antônio Ribeiro Netto, da CAP 1.0, que pela hierarquização faz parte da Atenção Secundária do Município do Rio de Janeiro, a segunda policlínica que tem o serviço de urologia. O objetivo foi verificar como funciona o serviço nessa unidade com usuários e profissionais;
- Na unidade básica Posto de Saúde Madre Tereza de Calcutá, da CAP 3.1, localizada na Ilha do Governador. Tal visita ao setor de marcação de consulta teve o intuito de como ocorrem os agendamentos dos usuários das unidades básicas no SISREG que necessitam de atendimento urológico.

Diante da apresentação dos caminhos percorridos para a realização dessa monografia, passaremos agora a analisar os resultados encontrados quanto à assistência em urologia na Metropoliiana I do Rio de Janeiro, no H. Bonsucesso, as percepções de usuários e médicos articulado a questão do acesso e da integralidade, e a inserção do serviço social na unidade.

4.2 A Assistência Urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro

A escolha voltada para como se organiza a rede de atenção urológica na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, como já mencionado, partiu do interesse instigado no período de estágio supervisionado em que foi observada uma grande demanda de usuários externos em busca por tal especialidade em uma unidade de alta complexidade do município do Rio de Janeiro, não somente do próprio município, como também por meio de demandas espontâneas da Baixada Fluminense. A partir dessa constatação, passei a observar além da unidade de saúde em que estava inserida, e a pesquisar como está estruturada a organização da prestação da assistência urológica no SUS na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, por buscar entender como funciona a regionalização e a hierarquização nessa região. Para isso abordaremos de forma breve os diferentes níveis de hierarquização, atenção básica (atenção primária), média (atenção secundária) e alta complexidade (atenção terciária) na saúde, voltadas para a demanda que necessita de cuidados nessa especialidade na METRO I, uma vez que “cada nível de atenção à saúde expressa situações distintas com impactos diferentes quanto ao acesso” (VIDAL, 2006:45). É importante destacar que o foco principal nesse trabalho são as dificuldades de acesso aos serviços e ações em urologia no nível na Alta Complexidade, mas verificaremos os níveis da baixa e média complexidade, uma vez as dificuldades encontradas nesses níveis, repercutem na Alta Complexidade.

Entendemos que a atenção primária é entendida como um nível da atenção prioritária à saúde, sendo esta preferencialmente utilizada como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, de acordo com seus princípios fundamentais, inclusive a

universalidade e a integralidade, mas com suporte tecnológico de baixa densidade. A Portaria do Ministério da Saúde nº2.488/2011, que substituiu a Portaria nº648/2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e define assim a atenção básica em saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver *uma atenção integral* que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. *Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral* (MS/ Portaria nº 2.488/2011).

Vemos que a atenção básica tem, como um dos seus fundamentos e diretrizes, possibilitar o acesso universal e contínuo com serviços de qualidade e alto nível de resolubilidade. Tem como característica ser a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde. As unidades básicas de saúde têm em sua composição uma equipe multiprofissional composta por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta como parte

da equipe multiprofissional, os profissionais voltados para assistência na saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Nota-se aqui que a especialidade da urologia não faz parte da atenção básica, tendo que o usuário ser referenciado para atenção secundária (média complexidade) ou para atenção terciária (alta complexidade) para ter acesso a essa especialidade. Vejamos como tem evoluído a cobertura da Atenção Básica nos municípios da METRO I do Rio de Janeiro.

Tabela 2- Cobertura Populacional por ACS E ESF na METRO I, 2010-2014

Situação dos Municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em Relação à Cobertura Populacional por ACS E ESF - Comparação de dados entre Novembro/2010 e Novembro/2014 ²⁹ .									
UF	Município	Ano	População	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)			Equipe de Saúde da Família (ESF)		
				Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
RJ	Rio de Janeiro	2010	6.186.710	2.124	1.221.300	19,74	246	848.7000	13,72
		2014	6.390.290	5.065	2.912.375	45,13	836	2.884.200	45,13
	Duque de Caxias	2010	872.815	467	268.525	30,77	51	175.950	20,16
		2014	867.067	403	231.725	26,73	68	234.600	27,06
	Nova Iguaçu	2010	865.096	421	242.075	27,98	57	196.650	22,73
		2014	801.746	500	287.500	35,86	68	234.600	29,26
	Belford Roxo	2010	501.544	303	174.225	34,74	29	100.050	19,95
		2014	474.596	276	158.700	33,44	36	124.200	26,17
	São João de Meriti	2010	469.827	403	231.725	49,32	43	148.350	31,58
		2014	460.062	331	190.325	41,37	32	110.400	24,00
	Magé	2010	244.334	348	200.100	81,90	49	169.050	69,19
		2014	230.568	385	221.375	96,01	60	207.000	89,78
	Mesquita	2010	190.056	108	62.100	32,67	13	44.850	23,60
		2014	169.537	139	79.925	47,14	19	65.550	38,66
	Nilópolis	2010	159.408	241	138.575	86,93	19	65.550	41,12
		2014	157.986	356	157.986	100,00	30	103.500	65,51
	Queimados	2010	139.378	78	44.850	32,18	9	31.050	22,28
		2014	140.374	67	38.525	27,44	10	34.500	24,58
	Itaguaí	2010	105.633	45	25.875	24,50	7	24.150	22,86
		2014	113.182	96	55.200	48,77	15	51.750	45,72
	Japeri	2010	101.690	96	55.200	54,28	1	3.450	3,39
		2014	97.337	162	93.150	95,70	16	55.200	56,71
	Seropédica	2010	78.819	127	73.025	92,65	16	55.200	70,03
		2014	80.138	135	77.625	96,86	19	65.550	81,80

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

²⁹ Dados obtidos no site do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso 19/01/2015.

Segundo a Tabela II, podemos constatar o aumento do Programa da Saúde da Família na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com exceção apenas dos Municípios de Belford Roxo e Queimados, onde ocorreu diminuição na proporção de cobertura populacional estimada com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas tendo aumento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). E somente o Município de São João de Meriti é que apresentou diminuição tanto na cobertura de ACS quanto na ESF. Percebemos que houve um aumento geral na cobertura da Atenção Básica na região, mas tal efeito não ocorreu nos demais níveis de atenção como veremos a seguir, gerando assim uma demanda reprimida.

Segundo consulta realizada junto às Secretarias Municipais de Saúde destes municípios, a maioria deles não segue um mesmo padrão para a marcação de consulta na especialidade de urologia, que pela hierarquização seria a unidade básica responsável para agendar a consulta para o usuário se dirigir a unidade de outro nível de atenção para receber a devida assistência para sua necessidade. O documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro esclarece as regras para a *regulação ambulatorial para agendamentos de consultas especializadas e exames complementares*³⁰, e nele consta caber **somente** aos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família (Atenção Primária) solicitar e marcar consultas nas Policlínicas ou Ambulatórios de Hospitais, sendo tal encaminhamento agendado pela unidade básica pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG). Assim que a vaga for disponibilizada, caberá à unidade básica (referência) entrar em contato com antecedência para informar local, data e horário do exame da consulta e solicitar que o

³⁰ Ver tal documento no link <http://issuu.com/subpav/docs/regulacao-ambulatorial/1> Acesso 10/01/2016.

usuário compareça à unidade básica para obter a autorização impressa com essas informações. Todo encaminhamento deve ser realizado no formulário de “Encaminhamento (Referência e Contrarreferência)”, exclusivamente via prontuário eletrônico ou, para os que não utilizam esse meio, deve-se utilizar os formulários a ser preenchidos com letras legíveis, com o máximo de informações relevantes dos dados clínicos do usuário.

O Município do Rio de Janeiro em tese deveria seguir esse modelo. Em uma visita institucional realizada por esta pesquisadora no Posto de Saúde Madre Tereza de Calcutá na Ilha do Governador, fui informada por alguns profissionais e servidores que procedimento é: o médico da unidade básica faz o pedido para ser acompanhado por determinada especialidade que não tem na atenção primária, e com isso o usuário entrega a guia de referência e contrarreferência no setor de marcação, onde são feitos a xerox dos documentos e da guia e o usuário é informado para aguardar a vaga que for disponibilizada pelo SISREG. Quando a consulta for agendada, o usuário receberá o contato para pegar o pedido agendado e ir na unidade indicada. Segundo relatos de usuários no plantão social no HFB, muitos não recebem esse retorno das unidades de básicas de referência, e quando questionam a demora, sempre são informados por funcionários que estavam aguardando a liberação de vagas no sistema para agendar a consulta e pedem para aguardar o contato telefônico da unidade de saúde em casa. Quando questionados por esta pesquisadora sobre a dificuldade encontrada para marcação em urologia, alguns profissionais e servidores no posto Madre Tereza de Calcutá, confirmaram que há realmente uma espera muito grande para essa especialidade, mencionaram que esse problema ocorre devido à pouca oferta de vagas para assistência urológica no SISREG, e que não têm como fazer nada, apenas

aguardar liberação do sistema para poder agendar. Tal informação foi confirmada em outra visita institucional realizada na CAP 2.1, em conversa informal com os profissionais responsáveis pelo SISREG. Eles relataram a escassez de ofertas de serviços na atenção urológica no sistema dentro do município, e quando se consegue uma vaga os encaminhamentos são para unidades de *alta complexidade*, ou seja, não há uma referência para primeiro atendimento em urologia na média complexidade. Além disso, relatam que diante da pouca oferta, a espera dos usuários é muito grande, até porque dependem da liberação de vagas das unidades que têm tal especialidade e que isso dificilmente ocorre devido à grande demanda já existente nessas unidades de alta complexidade. Mencionam também que 50% das vagas para consulta de especialidades, estão destinadas para os pacientes que são oriundos da Baixada Fluminense segundo pactuações realizadas pelo PPI³¹. No entanto, tal informação não foi confirmada pelos funcionários e servidores da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro, em contatos telefônicos e visita feita também por esta pesquisadora no setor de Avaliação e Monitoramento, que trata dos repasses e pactuações do PPI de todo Estado.

Nos municípios da Baixada Fluminense, as formas de acesso a essa especialidade são diversificadas, em contatos telefônicos com as Secretarias Municipais de Saúde dessa região. Geralmente o usuário, com o pedido em mãos, é quem tem que buscar a marcação nos centros de especialidades locais, ou seja, tem que ligar para as unidades para fazer a marcação. Muitas das vezes o usuário vai ao local ou faz diversos contatos telefônicos para ficar ciente de quando tais unidades vão abrir a agenda e o período de distribuição de senha.

³¹ Faz parte do Pacto de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI) serve como instrumento de regionalização.

Alguns podem pensar que essas diferentes formas de marcação facilitam o acesso do usuário aos serviços e ações em saúde, uma vez que eles mesmos podem ir diretamente à unidade ou ligar para fazer a marcação, mas cabe esclarecer que nem todos os usuários têm as mesmas condições, e alguns apresentam limitações de recursos, de informações ou até mesmo de compreensão das informações. Além disso, muitos perdem as datas das agendas, que geralmente não são previamente divulgadas, tendo que esperar por meses até ter outra oportunidade. Diante da demora em seus municípios, muitos recorrem aos municípios vizinhos, principalmente as unidades da capital em busca de atendimento, em posse da guia de referência e contrarreferência. Muitos usuários fazem uma verdadeira peregrinação, buscando em diversas unidades atendimento, mas geralmente são recusados e orientados a retornar para seu município de origem para ser agendado no sistema.

As unidades da atenção primária devem assegurar mecanismos que acolham os usuários e sejam capazes de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou minorar danos e sofrimentos, ainda que seja ofertados em outros pontos de atenção da rede. Se tiver dificuldade de inserir no sistema, tem que dispor de mecanismos para realmente possa exercer seu papel de promoção, prevenção de agravos e redução de danos, partindo como eixo orientador os princípios do acesso universal e a atenção integral. O SISREG, idealmente, deveria trabalhar com encaminhamento responsável e monitorado, que já indica a vaga e o profissional a ser procurado. No entanto, sem a vaga disponível no SISREG, o usuário é levado a realizar este verdadeiro martírio em busca de atendimento.

Aqui cabe uma crítica à organização atenção básica na METRO I do Rio de Janeiro que, diante dessa demanda reprimida, faz com que homens e mulheres que

necessitam desde um acompanhamento preventivo ou até mais complexo, não tenham acesso à assistência urológica. O que vemos é que a integralidade das ações entre os níveis de atenção é deficitária, diante de uma demanda expressiva em busca de assistência para uma determinada área da saúde. Este nível de atenção não consegue dar visibilidade a demanda reprimida, uma vez que os gestores da atenção básica não elaboram um levantamento das necessidades mais latentes na sua unidade de administração, principalmente as dificuldades encontradas na referência e contrarreferência no SISREG. Esses dados poderiam servir para pressionar a outras instâncias da assistência a saúde por respostas a esses problemas.

A atenção primária teve um aumento recente de sua capilaridade na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, mas quando há a necessidade de encaminhar para outro nível de hierarquização, ou seja, o sistema de referência e contrarreferência, isso não ocorre, por falta de ofertas de serviços e ações para diversas especialidades, e principalmente a assistência urológica, tema do foco desse trabalho. **Nesse caso, cabe a pergunta: onde podemos encontrar essa assistência em urologia na média complexidade na METRO I para atender essa demanda reprimida?**

Antes disso, é necessário entender o que compete à Média Complexidade, segundo o material de apoio conhecido como O SUS de A a Z elaborado pelo Ministério da Saúde, que define assim esse nível de atenção:

É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os

seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia (MS, 2009:207).

Segundo o mesmo material, cabe ao gestor adotar critérios para a organização das ações de média complexidade, e tendo acesso a dados epidemiológicos e deveria ter uma visão mais ampliada dos problemas de ofertas de serviços em sua região. Com isso, ele poderia desenvolver melhor um planejamento para ações que venham contribuir para atender as necessidades dos usuários que são referenciados pela atenção básica, para que ocorra de fato essa integração entre os vários níveis de atenção e não venha a descumprir o direito do cidadão de ter acesso ao serviço. Do ponto de vista desta pesquisa, *o acesso aos dados e informações de onde se encontrar a assistência urológica na Região Metropolitana I não foi fácil. Buscou-se os dados em documentos oficiais, no site do DATASUS e feitas visitas institucionais para se chegar o mais próximo do que é ofertado nessa região. Essas dificuldades de acesso à informação pela pesquisadora demonstram os bloqueios que os usuários encontram no seu cotidiano para obter tais informações.*

Segundo um documento³² norteador das ações em saúde na atenção secundária (média complexidade) elaborado pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro em 2014, o usuário deve ser atendido por um clínico da unidade básica que encaminhará para uma consulta com especialista nas policlínicas desse município, e tal consulta deve ser agendada no Sistema de Regulação (SISREG). Esse documento nos mostra

³² <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139567/CarteiradeServicosdeAtencaoSecundaria.pdf>
Acesso 10/04/2015.

as nove Policlínicas do município do Rio de Janeiro, e dessas, segundo o documento, cinco oferecem o serviço de urologia (TABELA 3). No entanto, segundo consulta realizada no site do DATASUS³³, na realidade apenas **duas unidades** (CAP 1.0 e 2.2) tem apenas **um** médico urologista em cada unidade.

TABELA: 03- Policlínicas – Atenção Secundária do Município do Rio de Janeiro

CAP	NOME DA UNIDADE	SIGLA	ENDEREÇO
1.0	Policlínica Antônio Ribeiro Netto	PARN	Av. Treze de Maio nº23 - Centro
2.2	Policlínica Hélio Pelegrino	PHP	Rua do Matoso nº 96 – Praça da Bandeira
5.1	Policlínica Manoel Guilherme da Silveira Filho	PMGSF	Av. Ribeiro Dantas nº 571 - Bangu
5.2	Policlínica Carlos Alberto Nascimento	PCAN	Praça Major Vieira de Melo s/n – Campo Grande
5.3	Policlínica Lincoln de Freitas Filho	PLFF	Rua Alvaro Alberto nº 601 – Santa Cruz

Fonte: Superintendência de Atenção Primária da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. 2014

Além da consulta pelo DATASUS, também foi realizado contato telefônico com todas as áreas de planejamento que aparecem no documento, para se confirmar a existência de assistência em urologia, e mais uma vez os funcionários dessas unidades confirmaram as mesmas informações que constam no sistema de informação do SUS. Uma funcionária da CAP 5.3 informou que nunca teve esse serviço na unidade, e que achar um urologista é “como encontrar uma agulha num palheiro”. Diante disso, vemos

³³ Sistema de informação onde consta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos do SUS. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0 Acesso 15/02/2016.

um documento oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro com informações incorretas, e a carência do suporte da média complexidade no próprio município.

Cabe mencionar que foi feita uma visita institucional na unidade da Cap 1.0, e segundo seus funcionários, confirmaram que na unidade tem **um** urologista, que realiza geralmente consulta de primeira vez. Além disso, há na fala dos funcionários a dificuldade de realizar o encaminhamento para os usuários que precisam de cuidados em outras unidades de saúde, para atender a necessidade do cidadão. Ainda segundo os funcionários, essa unidade de saúde era uma referência em várias especialidades, mas aos poucos muitos serviços foram desativados. Relatam que um dos motivos, para citar como exemplo, é se um profissional responsável por determinada especialidade se aposentar ou se for transferido, o serviço é extinto. Ou seja, não há reposição de profissionais, resultando na desativação de vários serviços nessa unidade, que era referência na média complexidade.

Diante de tal cenário, podemos constatar no Município do Rio de Janeiro, que é referência para os demais municípios e que tem a maior quantidade de serviços em saúde do Estado, apresenta *escassez na oferta de serviços e ações no nível de média complexidade*, por ter apenas **duas** unidades públicas com um urologista cada. Assim, podemos imaginar a realidade nos demais municípios da Baixada Fluminense.

Para tentar conhecer esta rede de assistência urológica na Baixada Fluminense, foram realizadas consultas em sites e tentativas de contatos com as Secretarias Municipais de Saúde da região. Identificamos que em muitos municípios há dificuldade de obter informações das ações e serviços em saúde. Dentre os muitos problemas encontrados durante a pesquisa, alguns não têm sites voltados para Secretaria Municipal de Saúde e nem ao menos da Prefeitura com algum link interno que

permitisse obter dados da rede de saúde local. Além disso, notamos que os que têm sites também apresentam dificuldade de transparência na divulgação das unidades de saúde e as especialidades que dispõe em cada unidade. Diante de tais dificuldades, utilizamos como recurso para chegarmos às unidades com atendimento efetivo em urologia, uma combinação de três estratégias: consulta aos sites que forneciam as unidades; contatos telefônicos com as secretarias que informavam onde teria o atendimento em urologia, e paralelamente, um cruzamento de informações com o DATASUS. Entretanto, as dificuldades persistiram, por não conseguirmos contatos telefônicos com a maioria dos números disponíveis na internet, mesmo feitas várias tentativas, mas sem sucesso³⁴.

Vejamos o resultado dessa pesquisa:

1. **Belford Roxo:** tem site, mas não tem informações de unidades de saúde do município. Em contato telefônico, informaram que há atendimento em urologia na Policlínica de Especialidade Médicas do bairro Prata. Ao se fazer a consulta no Datasus sobre o nº do CNES: 2289393, não consta atuação de um médico urologista no local. *Essa unidade é classificado como Atenção Ambulatorial para Atenção Básica e Média Complexidade.*
2. **Duque de Caxias:** dos sites que continham informações mais completas e fáceis de localizar as unidades das unidades e as diversas especialidades ofertadas na região, podemos dar o devido destaque ao site do Município

³⁴ Foram realizadas várias tentativas em diferentes datas e horários no mês de fevereiro de 2016, mas sem sucesso na maioria dos casos.

de Duque de Caxias³⁵, por tal transparência da assistência em saúde em geral, e assim localizamos as unidades que ofereciam a assistência urológica:

- No Hospital Municipal Moacir Rodrigues do Carmo, CNES: 6007317, consta com três urologistas, sendo dois estatutários e um cooperativado. (*Unidade de Ambulatorial de Média Complexidade e Ambulatorial/Hospitalar em Alta Complexidade*).
- Na Policlínica Hospital Duque de Caxias, (antigo Hospital Municipal de Duque de Caxias, CNES: 2277565, desativado em 04/2011), registrada no CNES nº: 7588577, cadastrado desde 04/10/2014, com segundo o DATASUS, consta três médicos urologistas, sendo dois estatutários e um cooperativado. Em contato telefônico, a funcionária informou que *os usuários têm que entrar em contato para marcar consulta*, e para isso a unidade disponibiliza dois números de telefone para o agendamento das consultas. (*Unidade classificada como Nível de atenção Ambulatorial em Atenção Básica e Média Complexidade*).
- Unidade Pré Hospitalar Parque Equitativa (CNES: 2277719), tem um urologista cooperativado indicado pelo DATASUS. No contato telefônico, a funcionária informou que a agenda abriu no dia 29 de fevereiro de 2016, sendo distribuídas na parte da manhã 100

³⁵Site de Duque de Caxias
http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=224&Itemid=340

.....

senhas e na parte da tarde também a mesma quantidade, até chegar o limite para distribuição, que não foi informado. (*Unidade Classificada como Nível de atenção Ambulatorial na Atenção Básica e Média Complexidade*).

3. **São João de Meriti:** no site da Prefeitura Municipal de São João de Meriti³⁶, contava as unidades de saúde, mas não as especialidades. Tentativas de contato sem sucesso com PAM Abdon Gonçalves (PAM Meriti), mas em consulta no DATASUS (CNES: 2298708), essa unidade possuiria um urologista comissionado que atende no local. (*Atividade classificada como Ambulatorial na Atenção Básica e Ambulatorial/Hospitalar na Média Complexidade*).
4. **Seropédica:** Com a Secretaria desse município, informaram que tem um urologista e que a agenda abre uma vez por mês no Centro Municipal de Especialidades (CEMES). Não localizado no DATASUS.
5. **Itaguaí:** este município utiliza o mesmo modelo que Seropédica, com um Centro Municipal de Especialidade (CEMES) sob o nº CNES: 5683688. Segundo o DATASUS, esta unidade não têm um serviço especializado em urologia, mas consta com a atuação de três urologistas, sendo dois estatutários e um com contrato de prazo determinado. Em contato telefônico, informaram que o agendamento de consulta depende da agenda dos médicos, mas para marcar o usuário primeiro tem que sair da unidade básica com a guia de referência e contrarreferência para ser

³⁶ Ver site da Prefeitura de São João de Meriti. <http://meriti.rj.gov.br/sjm/unidades-de-saude/> acesso 02/02/2016.

.....

atendido na assistência urológica e se dirigir à CAP para a marcação ser cadastrada no SISREG, para depois se encaminhar para o CEMES. *Segundo consulta no DATASUS, nessa unidade a atividade é Ambulatorial nos níveis de Atenção Básica, Média Complexidade e Alta complexidade.*

6. **Nova Iguaçu:** no site da Prefeitura a principal referência na página inicial é o Hospital Geral de Nova Iguaçu – HGNI, popularmente conhecido como Hospital da Posse. Em contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde, informaram que as demandas por urologia são encaminhados para essa unidade. Segundo o sistema do SUS há cinco urologistas, um estatutário e quatro com prazo determinado e *é classificada de nível de média e alta complexidade.*
7. **Queimados:** tem site da Prefeitura, mas não menciona unidades e especialidades de saúde na região. Contatos telefônicos sem sucesso.
8. **Japeri:** não tem site, só contatos telefônicos, tentativas sem sucesso.
9. **Magé:** o site da Prefeitura não menciona unidades e especialidades de saúde na região. Contatos telefônicos sem sucesso.
10. **Mesquita:** no site do município conta as unidades de saúde, mas sem especificar as especialidades oferecidas. As unidades não foram localizadas no DATASUS e as tentativas de contato telefônico, não tiveram êxito.

11. **Nilópolis:** em contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde de Nilópolis³⁷, a servidora informou que no município, somente na própria Secretaria, há um urologista que atende uma vez por semana, mas basicamente primeiro atendimento, e menciona que a maioria dos casos necessita de suporte de outro nível de atenção. *Relata que a referência e contrarreferência pelo SISREG é praticamente impossível*, e esta funcionária menciona ter feito reclamação com o Estado devido à dificuldade que tem para conseguir inserir os usuários devido a ausência de vagas no Sistema de Regulação, principalmente para assistência voltada tanto para área da urologia quanto para a nefrologia.

Diante do que foi visto, podemos ter as primeiras impressões sobre a falta de organização e ofertas de serviços voltadas para a rede de assistência urológica na Baixada Fluminense, com exceção de Nova Iguaçu, São João de Meriti e o H. Moacir do Carmo em Duque de Caxias, que possuem atendimento hospitalar, os municípios que informaram ter urologistas indicaram realizar apenas atendimento de primeira vez nos ambulatórios. Tivemos divergências de informações, a exemplo de Belford Roxo que informa que ter tal atendimento, mas segundo dados oficiais no DATASUS não há urologista na unidade indicada.

Há uma violação clara do princípio do acesso universal, primeiro devido à dificuldade de informação através dos meios de comunicação deficitários de maioria das Secretarias Municipais de Saúde ou por parte da Prefeitura (como exemplo:

³⁷ Ver site <http://www.nilopolis.rj.gov.br/saude/>

Queimados, Japeri, Mesquita, Magé entre outros), que não esclarecem para a população que necessita de determinada especialidade como obter tal acesso e quais unidades têm esse serviço.

Outro problema identificado é a questão também da falta de integralidade entre os níveis de atenção, deixando a cargo dos usuários fazer os contatos, ficar sempre atento para quando a agenda estará disponível para não perder a data, ter que se deslocar da unidade básica para outra instituição para ser inserido no sistema, o que deveria ser função da unidade básica fazer a referência e contrarreferência. E ficou evidente na fala da funcionária de Nilópolis, o que provavelmente ocorre nos demais municípios dessa região, a dificuldade latente em conseguir vagas no SISREG para os casos que necessitam de cuidados mais complexos, gerando com isso uma demanda reprimida que não consegue acessar sistema. E segundo a mesma funcionária diante de tal situação, de impotência em não conseguir encaminhar os usuários, e ciente da clara necessidade de atendimento para estes, fez até mesmo reclamação junto a órgão do Estado para ter uma resposta a essa demanda, mas sem nenhum retorno.

Diante de tais informações da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, ou seja, tanto o município do Rio de Janeiro quanto os da Baixada Fluminense apresentam escassez de ofertas de atendimento na assistência urológica na atenção secundária para a demanda existente. **E diante da pouca oferta na Média Complexidade, muitos são referenciados para as unidades de Alta Complexidade, sobrecarregando esse nível de assistência.**

Todavia, segundo o Ministério da Saúde, o que caberia a *Alta Complexidade*? Encontramos a seguinte definição:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatismo-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) também destaca que há uma Portaria SAS/MS n. 968/2002, que define o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Segundo o conselho

A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidade de atenção em saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida (BRASIL/CONASS, 2011:13-14).

Não temos a intenção de estabelecer esses limites entre os níveis de atenção de média e alta complexidade, embora existam essas citações por parte do Ministério da Saúde. Temos a intenção de alertar a pouca cobertura na média complexidade, impactando na alta demanda na alta complexidade. Podemos comprovar isso ao

examinarmos os dados da Tabela 4, montada pela autora deste trabalho, sobre o atendimento em urologia, fornecida Secretaria Estadual de Saúde (SES). Tais dados contribuíram para se ter uma aproximação mais real das unidades de saúde que oferecem internação hospitalares em assistência urológica na METRO I.

Tabela 4- Produção Sistema de Internação Hospitalares (SIH) em Urologia da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro 2009-2014

NR	CNES	UNIDADES HOSPITALARES	E S F. A D M ³⁸	Mun.	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Nível de Atenção ³⁹	Urologistas ⁴⁰ e tipo de vínculo nas unidades
1	2269341	SMS RIO H. MUNICIPAL JESUS	M	RJ	39	63	38	54	18	9	08-Alta HOSP/AMB	X
2	2269384	H. FEDERAL DO ANDARAÍ	F	RJ	254	215	229	209	166	198	08-Alta HOSP/AMB	9 (7Estatuários e 2 com prazo Determinado)
3	2269481	SMS H. DA PIEDADE	M	RJ	87	91	101	95	165	202	08-Alta HOSP/AMB	7 Estatutários
4	2269724	SMS H. M. DO LORETO	M	RJ	3	1	3	8	10	6	08-Alta HOSP/AMB	X
5	2269775	MS H. DE IPANEMA	F	RJ	198	288	355	227	249	237	08-Alta HOSP/AMB	14 (10 Estatutários, 2 Celetista e 2 com prazo determinado)
6	2269783	UERJ H. UNIV PEDRO ERNESTO	E	RJ	173	161	201	224	250	269	08-Alta HOSP/AMB	22 Estatutários
7	2273454	MS INCA H. DO CANCER I	F	RJ	43	65	67	50	59	45	08-Alta HOSP/AMB	10 Estatutários
8	2269821	HOSPITAL DO CANCER II	F	RJ	25	29	65	64	43	110	08-Alta HOSP/AMB	1 Estatutários
9	2273462	MS INCA H. DO CANCER III	F	RJ	1	1	2	2	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X
10	2269880	MS H. GERAL DE BONSUCESSO	F	RJ	139	184	175	116	166	218	08-Alta HOSP/AMB	11 Estatutários
11	2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	P	RJ	34	23	32	24	21	18	08-Alta HOSP/AMB	4 Celetistas
12	2269988	MS HSE H. F. SERVIDORES DO ESTADO	F	RJ	190	233	292	198	238	254	08-Alta HOSP/AMB	16 Estatutários
13	2270234	SES RJ H. ESTADUAL GETULIO VARGAS	E	RJ	15	11	22	28	96	232	08-Alta HOSP/AMB	14 (4 Estatutários, 2Celetistas, 8 com prazo determinado)

³⁸ Tipos de Esfera Administrativa: Federal(F), Estadual (E), Municipal(M) e Privado(P).

³⁹ Consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/ MS/SAS/ DATASUS. Acesso em 16/03/2015.

⁴⁰ Consulta teve o objetivo de verificar o número de urologistas que atuam em cada unidade e os tipos de vínculo de trabalho, com base no mês de fevereiro de 2015. CNES/DATASUS. Acesso em 15/04/2015.

14	2270609	SMS H. M. LOURENCO JORGE 4.0	M	RJ	10	2	7	8	6	5	08-Alta HOSP/AMB	X
15	2273276	MS INTO- JAMIL	F	RJ	1	X	2	X	X	X	08-Alta HOSP/AMB	5 Estatutários
16	2273438	H. CENTRAL DA P. MILITAR HCPM	M	RJ	48	14	131	126	5	X	06-Media-M2 e M3	9 (6 Estatutários 1 residente, 2 com prazo determinado)
17	2273659	MS H. FEDERAL DA LAGOA	F	RJ	234	253	212	217	265	175	08-Alta HOSP/AMB	9 (7 Estatutários, 1 com prazo determinado, 1 residente)
18	2280132	MS IN CARDIOLOGIA	F	RJ	2	1	X	X	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X
29	2280167	H. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO	F	RJ	124	93	115	105	122	100	08-Alta HOSP/AMB	14 (5 Estatutários, 5 residentes, 1 prazo determinado, 1 Bolsa)
20	2280183	SMS RIO H. M. SOUZA AGUIAR	M	RJ	374	347	204	360	315	379	08-Alta HOSP/AMB	18 (13 Estatutários, 5 com prazo determinado)
21	2295393	SCMRJ H. DA GAMBOA	P	RJ	9	4	X	X	X	1	08-Alta HOSP/AMB	6 Celetistas
22	2295407	SESRJ H. E. ROCHA FARIA	E	RJ	1	X	3	1	8	2	08-Alta HOSP/AMB	X
23	2295415	H. UNIV. GAFFREE GUINLE	F	RJ	84	85	120	127	157	132	08-Alta HOSP/AMB	8 (7 Estatutários 1 residente)
24	2295423	MS H. F. CARDOSO FONTES	F	RJ	288	227	267	250	329	316	08-Alta HOSP/AMB	14 (9 Estatutários, 5 prazo determinado)
25	2296306	SMS H. M. SALGADO FILHO	M	RJ	4	9	3	8	6	6	08-Alta HOSP/AMB	1 Estatutário
26	2296616	UFRJ INST MARTAGAO GESTEIRA	F	RJ	11	10	15	7	13	12	08-Alta HOSP/AMB	2 Estatutários
27	2708353	FIOCRUZ - IFF	F	RJ	96	54	45	41	63	32	08-Alta HOSP/AMB	3 Estatutários
28	2758091	SESDC RJ H. E. PEDRO II (Desativado em 06/11) ⁴¹	E	RJ	1	X	X	1	4	4	08-Alta HOSP/AMB	X
29	5717256	SMSDC H. M. RONALDO GAZOLLA	M	RJ	11	14	4	5	8	2	08-Alta HOSP/AMB	7 com prazo determinado
30	2296594	UFRJ INST. DE GINECOLOGIA	F	RJ	X	2	X	X	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X
31	2291266	SMS RIO H. M. FRANCISCO DA TELLES	M	RJ	X	3	X	1	X	X	7-Media - M4	1 Estatutário
32	2280248	SMS RIO MATERN. CARMELA DUTRA	M	RJ	X	X	1	1	1	X	08-Alta HOSP/AMB	X
33	2270617	SES H. DERMATOLOGIA SANITARIA	E	RJ	X	X	X	X	1	X	06-Media-M2 e M3	1 Estatutário
34	2270676	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO R.J.	P	RJ	15	8	4	3	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X

⁴¹ A gestão mudou para municipal e passou a ser denominada como SMS H. Municipal Pedro II da AP 5.3, e está cadastrado no CNES sob o nº 6995462 cadastrado em 14/04/2012. Informações obtidas no DATASUS/CNES. Acesso 12/02/2016.

35	7166494	H. M. EVANDRO FREIRE	M	RJ	X	X	X	X	2	X	08-Alta HOSP/AMB	1 Celetista
36	2270056	H. M. PAULINO WERNECK	M	RJ	X	X	X	1	X	X	08-Alta HOSP/AMB	1 Estatutário
37	2270269	SES H. M. MIGUEL COUTO	M	RJ	3	7	5	10	10	9	08-Alta HOSP/AMB	1 Estatutário
38	2273357	H. ADVENTISTA SILVESTRE	P	RJ	X	X	X	4	5	1	08-Alta HOSP/AMB	3 Celetistas
39	2273411	SES H. E. CARLOS CHAGAS	E	RJ	X	1	2	12	9	8	08-Alta HOSP/AMB	6 com prazo determinado
40	2298120	SES H. E. ALBERT SCHWEITZER	E	RJ	X	X	X	2	X	3	08-Alta HOSP/AMB	X
41	7065515	H. S. FRANCISCO DE ASSIS	E	RJ	X	X	X	X	3	28	08-Alta HOSP/AMB	5 contratados verbal/informal
42	7185081	SES H. E. TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	E	RJ	X	X	X	X	17	53	08-Alta HOSP/AMB	4 contratados verbal/informal
43	2270714	H. MAT. FERNANDO MAGALHAES AP 10	M	RJ	X	X	X	X	1	X	08-Alta HOSP/AMB	X
44	2277565	H. MUNICIPAL DUQUE DE CAXIAS (Desativado 04/11) ⁴²	M	DQX	5	13	X	X	X	X	06-Media-M2 e M3	X
45	2281589	C.S E MAT. DR ONITIVEIROS LTDA	P	JAP	4	X	X	X	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X
46	2284634	H. MAT. SÃO FRANCISCO XAVIER	M	ITAG	4	X	1	5	7	4	06-Media-M2 e M3	1 com prazo determinado
47	2289709	H. DE CLINICAS BERFORD ROXO	P	BRX	5	14	3	2	X	8	7-Media – M3	1 Celetista
48	2290227	SES H. E. ADAO PEREIRA NUNES	E	DQX	1	2	X	X	5	8	08-Alta HOSP/AMB	X
49	2798662	HGNI H. G. DE NOVA IGUAÇU	M	NIU	24	11	28	23	16	27	08-Alta HOSP/AMB	5(1 Estatutário, 4 prazo determinado)
50	2296764	C.S E MATERN. N. S. DA GLORIA	P	BRX	X	4	1	X	2	1	08-Alta HOSP/AMB	X
51	2297183	C.S NOVA BOM PASTOR LTDA (DESATIVADO EM 07/14)	P	QUE	X	X	X	3	X	X	08-Alta HOSP/AMB	X
52	5349893	H. MATERNIDADE DE SEROPÉDICA	M	SER	X	X	1	X	X	X	7-Media – M3	X
53	5478898	SES H. E.VER. MELCHIADES CALAZAN	E	NIL	X	X	3	X	3	9	08-Alta HOSP/AMB	X
54	6518893	H. MULHER HELONEIDA STUDART	E	SJM	X	X	X	X	2	1	08-Alta HOSP/AMB	X
55	6007317	H. M. MOACY RODRIGUES DO CARMO	M	DQX	X	4	13	14	8	25	08-Alta HOSP/AMB	3(2 Estatutários 1cooperativado)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados fornecidos pela Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação – SAECA/SES, 2015.

⁴² Hospital Municipal de Duque de Caxias, CNES: 2277565 desativado em 04/2011, e voltou como Policlínica Hospital Duque de Caxias consta no CNES sob o nº: 7588577 cadastrado desde 04/10/2014, segundo DATASUS/CNES. Acesso em 05/03/2016.

Podemos notar na Tabela 4 o *predomínio de internações na assistência urológica na alta complexidade*, uma vez que, do total de 55 unidades, apenas 7 são voltadas para a Média Complexidade. Segundo consulta feita no DATASUS, a maioria dessas unidades de Alta Complexidade acaba assumindo atividades da Atenção Secundária, e também da Atenção Básica. Quanto a distribuição administrativas temos 16 unidades federais, 12 estaduais, 19 municipais e 8 privadas. Notamos também números expressivos de internações hospitalares em algumas unidades de grande porte e de referência. Na Esfera Federal temos 11 unidades que se destacam: H. F. do Andaraí, H. F. de Ipanema, H. do Câncer I e II, H. F. de Bonsucesso, H. F. dos Servidores, H. F. Cardoso Fontes, H. F. da Lagoa, Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ), H. Universitário Gaffrée Guinle da UNIRIO e H. Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Na Esfera Estadual temos duas unidades com grande volume de atendimento, o H. Estadual Getúlio Vargas e H. Universitário Pedro Ernesto da UERJ e na Esfera Municipal há três, que são o H. Municipal da Piedade H. Municipal Souza Aguiar. Por trás desses números fornecidos pela SES, sobre locais onde houve repasses pelo PPI para internações em urologia na METRO I, podemos hipotetizar que há uma grande quantidade de usuários aguardando por procedimentos dentro de cada unidade da Alta Complexidade. Esse acesso incompleto pode ocorrer pela demora na realização de exames específicos que dependem de alta tecnologia, devida a demanda muito grande ou à precarização dos equipamentos, ou até a demora para o retorno para consultas que dependem de agenda, muitas das vezes por problemas estruturais, e de profissionais. Além disso, a oferta de serviços não consegue atender à grande demanda de usuários em cada unidade, resultando em uma longa fila de espera por procedimento.

Segundo a Tabela, podemos observar que mesmo nessas unidades de grande porte há uma alteração progressiva na quantidade de internações entre os anos de 2009 a 2014, e com relação ao aumento na assistência, temos as unidades do H. M. de Piedade, H. F. de Ipanema, H. Univ. Pedro Ernesto, no H. F. de Bonsucesso, no H. E. Getúlio Vargas, no H. Univ. Gaffree Guinle e H. F. Cardoso Fontes. No sentido oposto, vemos a diminuição de internações na assistência urológica em unidades federais como o H. F. do Andaraí, o H. F. da Lagoa e o H. Univ. Clementino Fraga Filho. Este último é noticiado constantemente na mídia devido à precariedade das instalações e dos equipamentos, e gestão, bem como à falta de recursos tanto do Ministério da Saúde como da Educação. Notamos também que há uma predominância nos números de internações no Município do Rio de Janeiro, em contraste com os municípios da Baixada Fluminense, resultando no êxodo dos usuários dessa região para a capital do Rio de Janeiro, em busca de assistência que venha a suprir suas necessidades. Segundo Vidal, esse “acesso incompleto demanda investimentos, organização de fluxos, pesquisa com a população, o que poderá contribuir para enfrentar esta expressão da questão social” (2006:70). A desorganização do sistema de saúde pública e suas “falhas” de financiamento, gestão, recursos humanos, tecnologia e etc, e as indefinições no cotidiano do que é atribuição de cada nível, possibilitam essas desigualdades de acesso para a população.

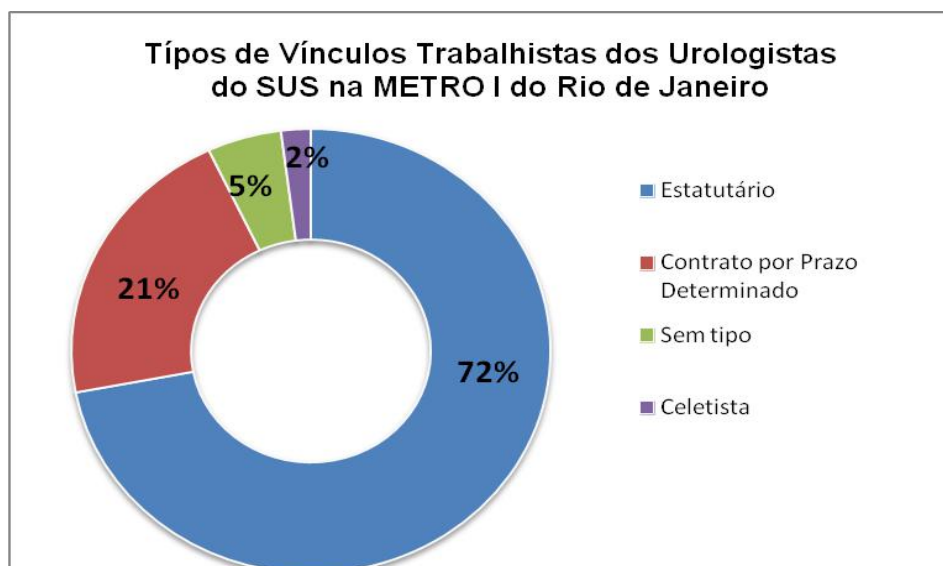
Ainda nessa Tabela, vemos a parceria público-privado com repasse de recursos por internações em oito unidades da esfera privada. No município do Rio de Janeiro, de suas quatro unidades, três continuam prestando serviços ao SUS, o H. Mário Kroeff, o H. da Gamboa e o H. Adventista Silvestre, mas são poucos os casos encaminhados pelo sistema público. A outra unidade privada seria a Santa Casa de Misericórdia, mas

esta unidade foi descredenciada do SUS em 2013 após denúncias por falta de condições sanitárias, e dívidas principalmente na área trabalhista, que contribuíram para o seu descredenciamento, tanto que não aparece na Tabela prestação de serviços nos anos de 2013 e 2014. Nas quatro unidades particulares na região da Baixada Fluminense, somente no H. de Clínicas de Belford Roxo consta a atuação de um urologista e com uma quantidade maior de atendimento, as demais não tem esse profissional, segundo o Datasus. Entendemos que a parceria com as instituições privadas sejam legais, mas pouco favorece ao acesso universal, uma vez que dependendo do valor a ser pago pelo SUS, muitas instituições preferem estabelecer relações com planos privados de saúde.

Um dado importante na Tabela 4 que ainda podemos destacar é a coluna que aborda os urologistas nas unidades de saúde e os tipos de vínculos de trabalhos destes. Com relação às unidades que não apresentam médicos urologistas no seu quadro funcional, os procedimentos em urologia foram realizados por outros profissionais da área médica. Há também outras unidades que chegaram a ter urologistas nos anos anteriores, mas que no DATASUS no mês tomado como base (fevereiro de 2015), não constava tal assistência em urologia. Notamos também uma concentração de urologistas estatutários nas unidades de administração federal, com um total de 61%, enquanto na rede estadual e municipal, temos respectivamente 17% e 22%. No Gráfico 2 ⁴³ podemos observar os diferentes tipos de vínculos de trabalho no sistema público de saúde na METRO I do Rio de Janeiro.

⁴³ Não estão incluídos os médicos residentes e bolsistas, uma vez que não consta essa informação repassada pelas unidades para o DATASUS. Sendo assim, mencionamos apenas os profissionais urologistas formados e atuantes.

Gráfico 2- Tipos de Vínculos dos Médicos Urologista no SUS na METRO I do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração da própria autora com base nos dados SES/CNES. Acesso em 15/04/2015.

A proporção dos diferentes tipos de vínculos de todos os profissionais que atuam na área de urologia nas três esferas públicas de saúde da região é apresentada no Gráfico 2. Temos um total de 72% servidores estatutários, e uma diversificação de vínculos de trabalho no SUS, com contratações de celetistas, com prazo determinado, e vemos que naqueles denominados “Sem Tipo”, que representam 5%, estão incluídos contratos informais feitos de forma verbal e ou cooperativada. Não temos dados anteriores para concluir se esta flexibilização dos contratos de trabalho estão aumentando.

Tais contratos geralmente são terceirizados, portanto com vínculos precários e instáveis, com uma tendência a gerar um menor nível de comprometimento com uma assistência contínua. E com isso, a população passa a ser atendida por um urologista, e pode a qualquer momento ter seu acompanhamento suspenso. Além disso, a situação de profissionais que exercem a mesma função, em uma mesma unidade, mas

com disparidades de contratos, benefícios e remuneração, gera conflitos dentro da própria classe profissional e a fragilização da ação comum nas equipes e na defesa de direitos trabalhistas.

Ainda, segundo os dados da Tabela 4, é importante frisar que há unidades que têm o profissional urologista, mas a maioria não tem *um setor com serviços especializados em urologia*. Em consulta ao DATASUS, exibidas na Tabela 5, apresentam as unidades de saúde que indicam ter este tipo de serviço especializado.

Tabela 5- Unidades com Serviço Especializado em Urologia⁴⁴

Nro	Unidades Hospitalares	Mun.	Esfera Adm.	Nível de Hierárquico	AT.URO
1	H. FEDERAL DO ANDARAÍ	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
2	SMS H. DA PIEDADE	RJ	MUNICIPAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
3	MS H. DE IPANEMA	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
4	UERJ H. UNIV PEDRO ERNESTO	RJ	ESTADUAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
5	MS INCA H.DO CANCER I	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
6	MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
7	MS H. GERAL DE BONSUCESSO	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
8	MS HSE H. F. SERVIDORES DO ESTADO	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
9	MS H. FEDERAL DA LAGOA	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
10	H. UNIV. CLEMENTINO FRAGA FILHO	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
11	H. UNIV. GAFFREE GUINLE	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
12	MS H. F. CARDOSO FONTES	RJ	FEDERAL	08 -Alta HOSP/AMB	SIM
13	H. M. PAULINO WERNECK	RJ	MUNICIPAL	06- Media -M2 e M3	SIM

Fontes: Dados fornecidos pela SAECA/ SES/DATASUS. Acesso em 15/04/2015

⁴⁴ Para pesquisas as unidades que tem tal serviço, o procedimento é entrar consulta no sistema CNES/DATASUS, preencher o campo com o nome ou nº do cnes da instituição, click na opção “Exibir Ficha Reduzida por Competência”, e na seção “Serviços Especializados”, aparece as especialidade da unidade e se tiver o serviço “Atenção em Urologia” aparecerá sob o código 169.

Na tabela 5, notamos que a maioria das unidades é de *alta complexidade*, com atendimento ambulatorial e hospitalar, mas que atendem usuários da atenção básica e da média complexidade. A única exceção é o Hospital Municipal Paulino Werneck, que não é classificado como de alta complexidade, mas oferece atendimento ambulatorial na atenção básica/média complexidade e hospitalar na média complexidade.

Estes dados fornecidos pelo Datasus da Tabela 5 parecem pouco confiáveis, pois apenas essas treze unidades possuem serviços especializados voltados para a área de urologia, uma vez que ao analisar as unidades da Tabela 4, a pesquisa no DATASUS mostra que a maioria das unidades tem atendimento de média e alta complexidade com atendimento ambulatorial e hospitalar. Um exemplo é o H. M. Souza Aguiar, que possui atendimento ambulatorial desde a atenção básica/ média/ alta complexidade e hospitalar voltada para a média e alta complexidade, com atuação de dezoito urologistas no quadro funcional, e de todas as unidades, é a que apresenta o número mais expressivo e constante de internações hospitalares em Urologia, mas no DATASUS não consta ter um serviço especializado em urologia. Enquanto isso, o H. M. Paulino Werneck de média complexidade, com um profissional em urologia, e praticamente sem atividade de internações, consta no sistema de informação do SUS como uma unidade com serviço especializado na atenção urológica.

Nos dados oficiais do Ministério da Saúde, por vezes as informações disponíveis não parecem conferir com a realidade encontrada nas instituições, tanto na questão da classificação dos serviços oferecidos, quanto na quantidade de profissionais. Por exemplo, muitos contratados temporários por meio do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Estado (NERJ) geralmente não estão cadastrados no sistema de informação do SUS. Quando questionados por esta pesquisadora, os profissionais da seção fazem

o processo seletivo no NERJ informaram que cabe a cada unidade atualizar esses dados no DATASUS. Na Tabela IV, podemos observar que *poucas unidades* alimentam o sistema de informação do SUS de forma adequada, com os diferentes tipos de vínculos trabalhistas e nem mencionam a quantidade de residentes nos serviços que tem essa especialização.

Diante do que foi visto nessa seção, muitos fatores contribuem para o cenário de caos que temos presenciado no cotidiano das unidades de saúde da Metropolitana I do Rio de Janeiro. Vimos como a desorganização do sistema de saúde nessa região têm contribuído para a demanda reprimida nos diferentes níveis de atenção, cabendo aos gestores e os atores que atuam no controle social se aprofundarem nas razões do acesso incompleto na assistência urológica, bem como na saúde em geral.

Na atenção primária, vimos o aumento recente na cobertura populacional na maioria dos municípios da METRO I do Rio de Janeiro, e essa ampliação naturalmente implica em maior demanda de exames diagnósticos, consultas de especialistas ou marcação pra procedimentos em outras unidades de referência. Vimos às dificuldades que os usuários encontram para serem referenciados para atendimento por um urologista. Entendemos que, por ser a principal porta de entrada do SUS, os profissionais que atuam na atenção básica poderiam identificar e mapear as necessidades de saúde não atendidas, detectando assim, os pontos de “estrangulamento” no sistema de referência e contrarreferência na saúde pública (BRASIL/CONASS, 2011: 25).

Notamos também a pouca oferta de serviços na assistência urológica na Média Complexidade, tanto no município do Rio de Janeiro, quanto nos onze municípios da Baixada Fluminense, bem como há um sucateamento das unidades existentes. Os

locais que têm atendimento ambulatorial/hospitalar são poucos, e os demais têm atendimento ambulatorial, de primeira vez ou de acompanhamento de rotina. Se há necessidade de referenciar para a alta complexidade, os servidores encontram dificuldades de encontrar vagas na área de urologia no SISREG, resultando novamente numa resposta incompleta às necessidades dos usuários, e em muitos casos, a demora acaba agravando o seu quadro de saúde e muitos chegam a óbitos sem o devido atendimento. Vejamos alguns dados ilustrativos sobre o número de óbitos relacionados a câncer de próstata e bexiga na assistência urológica na região da METRO I, conforme as Tabelas 6 e 7.

Tabela 6 – Morbidade câncer de Próstata na METRO I/RJ, 2009-2014

Morbidade Hospitalar do SUS na Região Metropolitana I – RJ Câncer de Próstata. (2009-2014)		
Ano	Município do Rio de Janeiro	Baixada Fluminense
2014	1.181	12
2013	1.141	3
2012	1.130	12
2011	1.072	15
2010	1.001	10
2009	983	11

Fonte: MS /Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS/TABNET).
www.tabnet.datasus.gov.br Acesso em 08/02/2015.

Tabela 7- Morbidade de Câncer de Bexiga na METRO I/RJ, 2009-2014

Morbidade Hospitalar do SUS na Região Metropolitana I – RJ Câncer de Bexiga (2009-2014)			
Ano	Estado	Município do Rio de Janeiro	Baixada Fluminense
2014	1.115	818	3
2013	1.058	786	2
2012	909	710	1
2011	996	764	9
2010	875	642	4
2009	797	672	1

Fonte: MS /Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS/TABNET).
www.tabnet.datasus.gov.br Acesso em 08/02/2015.

Na Tabela 6, diretamente ligada a saúde do homem, vemos o aumento progressivo de notificações de óbitos por câncer de próstata. E na tabela 7 vemos o aumento anual de morte por câncer de bexiga, este comum aos dois sexos. Segundo estudiosos, muitos desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse uma promoção de saúde efetiva na atenção primária, e acesso a consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade. Além disso, as tabelas mostram o alto índice de notificação no município do Rio de Janeiro, em virtude da concentração de assistência urológica na cidade.

Assim podemos mais uma vez constatar que, diante da falta de oferta de serviços na média complexidade, a alta complexidade passa a assumir as demandas dos demais níveis de atenção na assistência urológica. Este trabalho tem o intuito de alertar a escassez de ofertas na média complexidade, que acaba por impactar a atenção na alta complexidade, resultando em uma concentração da demanda por atendimento em urologia nessas unidades, onde temos desde procedimentos voltados para situações básicas até para os níveis mais complexos, que disputam atendimento no mesmo espaço institucional, uma vez que a agenda dos médicos não tem como contemplar todos os usuários que estão inseridos na unidade.

Outro ponto importante visto na pesquisa é que as unidades de alta complexidade que oferecem serviços e ações em urologia estão concentradas no Município do Rio de Janeiro, e temos uma baixa oferta na Baixada Fluminense. Isto leva a um êxodo dos usuários desses municípios para a capital do Rio de Janeiro em busca de suprir suas necessidades nas unidades de alta complexidade. E a tendência atual é de piora nessa assistência, em virtude da crise na saúde no Estado, que reflete em toda rede sanitária.

Portanto, chegamos à conclusão de que alta complexidade está exercendo a função dos três níveis de assistência em urologia na Região metropolitana I do Rio de Janeiro. Segundo a Secretaria Estadual da Saúde relativo as metas físicas mensais de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS n. 1.101/2002⁴⁵, que estabelece parâmetros de cobertura assistencial em diversas especialidades, inclusive na urologia, os valores e as ofertas de serviços estão defasados. Então, vemos a necessidade dos gestores de identificarem as necessidades da população, para elaborar propostas de intervenção, que possa contribuir para organização da estrutura do sistema de saúde, ampliação de serviços em todos os níveis na Região, com o objetivo de o SUS formal se tornar mais real, em que os princípios do acesso universal e a integralidade façam parte de fato do cotidiano dos usuários da saúde pública.

Na próxima seção, abordaremos a unidade do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), contextualizando-a no cenário de saúde pública na METRO I do Rio de Janeiro. Destacaremos também a atuação do Serviço Social no HFB, suas atribuições e os limites institucionais identificados pelos profissionais para sua ação profissional.

4.3 - Hospital Federal de Bonsucesso e o Serviço Social

4.3.1 - Hospital Federal de Bonsucesso

O Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), antigo Hospital General do Nascimento, subordinado ao IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas), foi inaugurado em janeiro de 1948, pelo então presidente da

⁴⁵ Esses parâmetros têm como objetivo analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxiliando na elaboração do planejamento de saúde, além de monitorar através de controle, avaliação e auditoria a prestação desses serviços (Brasil/CONASS, 2011:26).

República, General Eurico Gaspar Dutra. O HGB passou por muitas mudanças acompanhando os rumos tomados pela saúde pública brasileira. Como exemplo, nos anos 1960, com a fusão dos Institutos de Previdência, o hospital passou a fazer parte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No período que corresponde ao final dos anos de 1970 até 1989, a unidade passou a ser gerida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Nos anos 1990, sua estrutura é incorporada ao Ministério da Saúde (MS), e desde então está inserido na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro, como uma unidade de saúde de esfera administrativa federal. Diante dessa conjuntura, o Hospital Geral de Bonsucesso passa a assumir um papel importante na saúde pública, antes restrita aos trabalhadores, e agora aberta a todos os cidadãos, obedecendo aos princípios gerais do SUS.

Segundo o relatório de gestão do ano de 2013, o HGB está subordinado hierarquicamente ao Departamento de Gestão Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro (DGH), instância de decisão subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS. Na última atualização do Organograma Funcional do Ministério da Saúde, publicado na Portaria GM/MS Nº3. 965 de 14 de dezembro de 2010, o HGB passa a denominar-se, em 2007, como **Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)**. Embora tenha essa alteração na nomenclatura, ao se consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sob nº 2269880, ainda consta como Hospital Geral de Bonsucesso.

No último relatório de gestão do exercício de 2014, esta unidade é descrita como integrando os **níveis de terciários e quaternários** e uma atuação na **média e alta complexidade**, com emergência adulto e pediátrico. Possui uma carteira de serviços

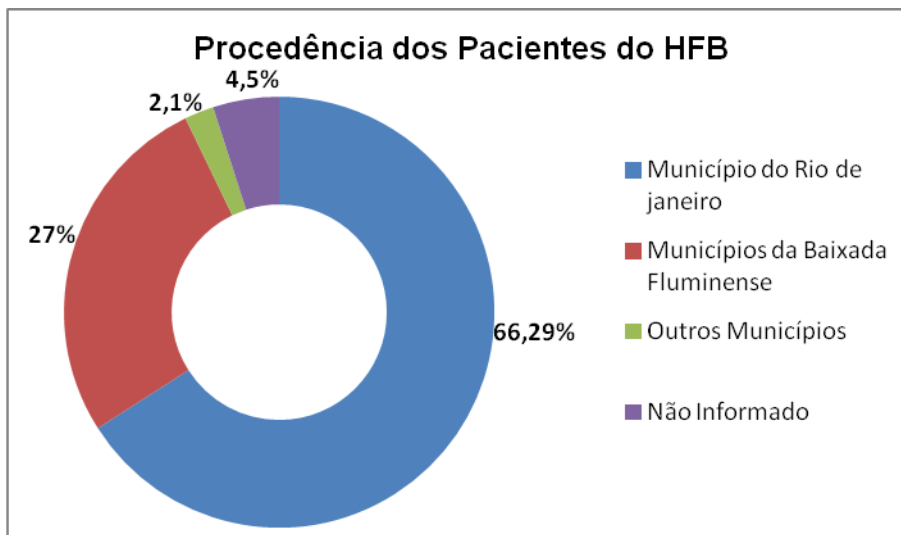
complementares de apoio diagnóstico e terapêutico, distribuídos dentre os serviços de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Radiologia e Métodos Gráficos. O HFB é considerado um complexo hospitalar formado por seis prédios, com 16 salas cirúrgicas de grande porte e mais 2 em obra, e 3 salas cirúrgicas ambulatoriais; 102 consultórios ambulatoriais, sendo 74 consultórios de especialidades no prédio 6 (Bloco Ambulatorial) e 28 distribuídos nos prédios 1, 2 e 3. Com relação aos leitos, a unidade tem 453 leitos instalados para internação, e destes, 32 leitos estão em obra, totalizando 421 operacionais.

Ainda segundo este relatório, nos últimos dez anos, o HFB consolidou o perfil de alta complexidade, com destaque para as áreas de Transplante Renal; Cirurgias Oncológicas, especialmente de Cabeça e Pescoço; Aparelho digestivo; Urologia; Neurocirurgia e Cirurgia Torácica; Vídeo Cirurgias Avançadas; Cirurgias Endócrinas, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular e Alto Risco Materno Fetal. O HFB é referência em Oncologia, e habilitado como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), com Serviço de Hematologia.

Com a ampliação recente da rede básica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e com isso o aumento por serviços de outros níveis, e diante da escassez de serviços de média complexidade no entorno, o HFB se tornou um dos mais importantes estabelecimentos para atendimento dessa demanda, que em sua maior parte é da AP 3.1 (onde a unidade está localizada), e das demais áreas programáticas (APs) do Município do Rio de Janeiro que compreende 66,29% dos atendimentos. O HFB absorve também uma demanda expressiva da Baixada Fluminense, devido à proximidade dessa região (e por fazer parte da Região Metropolitana I) e de outros municípios do Estado, como indicado no Gráfico 3. Em virtude disso, a unidade realiza

atendimentos de alta complexidade e média complexidade, para que os usuários do SUS não fiquem desassistidos até que as pactuações de fato se realizem.

Gráfico 3: Procedência dos Pacientes do HFB



Fonte: Portal de Transparência do HFB – ANO 2013

Segundo o Gráfico 3, a segunda maior demanda vem dos municípios da Baixada Fluminense, representando 27% dos usuários que são atendidos na unidade. E isso ocorre tanto pela fácil localização da unidade, que está situada na Av. Brasil, trecho de grande fluxo dessa demanda e, também por que estes buscam no HFB as especialidades que não encontram nos seus municípios de origem.

Dentre as competências atribuídas ao Hospital Federal de Bonsucesso, conforme designado pela Portaria GM nº 3.965 de 14/12/2010, constam:

Planejar, coordenar e orientar a execução de atividades de prestação de serviços; médico-assistenciais, em sistemas ambulatorial, hospitalar e de emergência; Prover os recursos diagnósticos e terapêuticos para atendimento à clientela; Promover treinamento, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos; Fomentar estudos e pesquisas, visando à ampliação de conhecimentos e a produção científica; e Estabelecer normas e padrões de atendimento e de qualidade dos serviços prestados. (Relatório HFB, 2013:15).

O mesmo relatório aborda que com o objetivo de executar essas competências, o HFB definiu como **missão** “*promover a atenção integral à saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos*” (Ibidem:15).

No entanto, ao longo de sua trajetória, mais precisamente a partir dos anos 2000, a instituição passou por fases de instabilidade gerencial. No período de 2000 a 2004, a direção se mostrou sólida e a elevou a imagem da unidade à nível nacional, por se tornar referência para transplantes renais e hepáticos e para maternidade, dentre outros serviços. Mas de 2004 em diante houve mudanças constantes na direção, que contribuíram para a falta de continuidade de alguns projetos institucionais e o direcionamento e caracterização do hospital dentro da rede de serviços de saúde. Depois de passar por um período de direção interina, a partir de 2007 o hospital passou a ter estabilidade na direção com a posse da Dra. Sandra Azevedo, sendo substituída somente em maio de 2011 pelo Dr. Flavio Adolpho de Silveira que ficou no cargo até 2015. Desde 10 de junho de 2015, o HFB tem como Diretor-Geral: Dr. Francisco Xavier Dourado.

Nos relatórios de gestão de 2009 a 2014, notamos as dificuldades enfrentadas pela instituição resultantes tanto dessas mudanças gerenciais como também da influência da política neoliberal por um Estado mínimo na saúde pública, que acabam refletindo nas ações e serviços do HFB. Na Tabela VI, podemos constatar a diminuição na oferta de serviços.

Tabela 8: Produtividade Anual do HFB – período de 2010 a 2014

Atendimento	2010	2011	2012	2013	2014
Emergência	62.551	43.470	41.774	50.510	53.515
Ambulatorial	217.763	319.843	276.223	231.993	243.917
Internações	17.903	15.762	15.937	14.576	13.606
Cirurgias	9.862	10.399	9.140	8.245	7.717
Exames de Imagem	103.710	99.562	93.415	82.373	84.675
Exames Laboratoriais	1.548.858	1.642.468	2.033.047	2.031.935	1.520.031

Fonte: Cesta Básica/ Divisão de Assessoria e Planejamento – HFB/2015.

A emergência do FHB é de porta aberta para atendimento de demanda espontânea, e recebe uma grande procura devido a falhas na rede, o que vem a contribuir para a superlotação. Entretanto, podemos observar que nos anos de 2010 e 2011 houve uma diminuição em 30% dos atendimentos, principalmente devido ao fechamento do setor de emergência para obras e ao fato de ter sido montado em contêineres em 2011, de caráter provisório, para atender a população até a finalização das obras do novo centro de atendimento. Depois de várias interrupções, principalmente por irregularidades encontradas pela auditoria do MS e da Controladoria Geral da União⁴⁶, atualmente a obra foi retomada, e, portanto os atendimentos continuam sendo realizadas na “emergência de lata”⁴⁷, como é conhecida essa unidade provisória. Têm capacidade para 30 usuários, mas a realidade nos mostra uma superlotação no cotidiano da unidade,

⁴⁶ Matéria disponível no link <http://oglobo.globo.com/rio/setor-do-hospital-de-bonsucesso-funciona-em-containeres-na-mais-de-um-ano-5186567> Acesso 15/04/2015.

⁴⁷ Matéria disponível no link <http://www.sindsprevrj.org.br/jornal/secao.asp?area=24&entrada=6042> Acesso em 10/02/2016.

que não nega atendimento, mas sem as condições necessárias para atender essa demanda.

Segundo reportagem do G1⁴⁸, os usuários reclamam que há falta de material hospitalar na unidade e dificuldade para conseguir uma transferência. A reportagem obteve documentos do MS que mostram a solicitação do hospital para transferência de 2.011 usuários, no primeiro semestre de 2013, mas só foram realizadas 183 transferências, ou seja, 9% do total. Em notas, o Ministério da Saúde disse que as transferências cabem ao sistema de regulação do município, e a Secretaria Municipal de Saúde alega que elas dependem da disponibilidade de leitos. Nessa desorganização, os pacientes vão ficando na unidade, “amontoados, sem qualidade no atendimento e sem acomodação adequada”, conforme identificado na vistoria feita pela Defensoria Pública da União, mas é o local onde conseguiram algum atendimento.

A demanda ambulatorial é muito expressiva, mas os números praticamente se mantêm constantes, com exceção de 2011. Muitos são usuários em acompanhamento de rotina, mas há muitos usuários com acesso incompleto dentro da própria unidade, em virtude da dificuldade de se conseguir marcação de consulta, por depender da agenda de cada profissional. Além disso, o acesso incompleto se dá também pela demora ou não disponibilidade de realizar exames para que possa se dar continuidade no tratamento, que em vias de regra na unidade de alta complexidade é para procedimento cirúrgico. Na Tabela 8 podemos ver claramente a progressiva diminuição na realização de exames de imagem. Se compararmos os anos de 2010 com o ano de 2014, temos a diminuição em 18%. E este problema permanece até os dias atuais, e desde dezembro de 2015 até

⁴⁸ Ver matéria no link <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/08/pacientes-reclamam-de-mas-condicoes-do-hospital-de-bonsucesso.html> Acesso 15/04/2015.

abril de 2016 não há agenda para marcação de tomografia computadorizada. Embora a ouvidoria tenha essa queixa por parte dos usuários, o problema persiste até mesmo para pacientes em acompanhamento na oncologia, que têm por rotina fazer periodicamente esse exame de imagem, mas não conseguem agendar desde a data mencionada anteriormente.

Outro dado importante da Tabela 8 foi constatar a redução progressiva de internações na unidade. Ao analisarmos os dados de 2010 com 2014, vimos uma queda de 24% na internação de usuários. Um dos motivos que podem justificar esses dados, e a desativação de leitos e obras em algumas clínicas, que passam a distribuir os usuários em leitos de diferentes setores, para manter a atividade até a conclusão das obras. Com isso se compromete também os setores que têm suas próprias demandas específicas, por terem que compartilhar as enfermarias. E por vários motivos as obras sempre ultrapassam o prazo previsto para conclusão. No entanto, estes dados parecem refletir uma tendência mais global na região, pois a reportagem do Jornal O Globo de 10/08/2014 ⁴⁹ mostra que de 2012 a 2013, segundo o Datasus, o HFB junto com os outros cinco hospitais federais do Rio (Andaraí, Cardoso Fontes, Lagoa, Ipanema e dos Servidores), o número de internações caiu de 43.000 para 40.000, ou seja, houve uma redução de 7%. Esse material jornalístico nos alerta para a crise nos seis hospitais federais e nos três institutos (Instituto Nacional de Cardiologia- INC, Instituto Nacional de Traumatologia- INTO e o Instituto Nacional do Câncer- INCA), que acaba resultando em fila por cirurgias, que até o mês de março de 2014, representava um total de 15 mil pacientes na fila de espera, e que não para de crescer.

⁴⁹ Matéria <http://oglobo.globo.com/rio/em-um-ano-numero-de-internacoes-cai-7-em-hospitais-federais-no-rio-12785000> Acesso em 10/11/2015.

Como vimos, diante desse cenário, em que está inserido o Hospital Federal de Bonsucesso, os dados da Tabela VI confirmam a diminuição em 22% nas atividades cirúrgicas, quando comparados os anos de 2010 e o de 2014. Alguns motivos que podem contribuir para esse resultado negativo seriam a falta de realização de exames pré-operatórios, falta de insumos, insuficiência de médicos anestesiistas, equipamentos quebrados ou obsoletos, falta de leitos de CTI, etc. Segundo o relatório de gestão do ano de 2013, a unidade têm 13 salas do Centro Cirúrgico Geral para 209 leitos cirúrgicos. Ou seja, as especialidades que atuam nesse nível de atenção, que geralmente tem uma abordagem cirúrgica, têm que estabelecer um revezamento na utilização desses espaços e confirmar a reserva das salas para que possam programar as cirurgias. Diante disso, há um tempo de internação alto, e uma espera cada vez maior dos usuários internados e dos que aguardam ser chamados.

Outro ponto negativo que contribuiu para esses números, foi o fechamento da unidade de Transplante Hepático do HFB. Esse setor tinha sido totalmente renovado e reinaugurado com a presença do Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão no dia 08 de setembro de 2010, tendo como meta 75 transplantes por ano⁵⁰. Mas o chefe do setor e mais quatro médicos pediram exoneração em 2013, e até hoje não houve reposição de profissionais, e com isso o serviço continua fechado. A “solução” encontrada, novamente atendendo os interesses privados, foi encaminhar os usuários do ambulatório de Transplante Hepático do HFB para uma unidade administrada por uma Organização Social de Saúde (OSs). Como o serviço de transplante têm alto custo é de interesse das OSs oferecer tal serviço para ser custeado pelo SUS. *Esse tipo de parceria não garante o acesso universal dos usuários do Sistema Único de Saúde, uma vez que a*

⁵⁰ Ver matéria <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/noticias/not.asp?id=2141> Acesso em 16/12/2015.

qualquer momento a assistência pode cancelar ser cancelada, com o descredenciamento do SUS por falta de pagamento. Como atualmente a saúde do Estado do Rio de Janeiro está vivenciando um caos em vários setores, principalmente a falta de verbas para o financiamento da área da saúde, isso se reflete na suspensão da realização de transplantes tanto hepáticos como renais na principal OS que recebia os usuários do SUS⁵¹.

Ainda em tempo, é importante destacar as formas de acesso no HFB, que ao meu ver podem ser classificadas com oficiais e não oficiais. As oficiais ocorrem por meio da marcação pelo SISREG ou da inserção pela emergência. As não oficiais são as várias formas que a demanda reprimida busca para ser atendida, ou seja, não está estabelecida no sistema, mas ocorre por meio de algum *vínculo pessoal direto ou indireto* que facilite inserir o usuário na unidade. Outra forma é a indicação de profissionais externos para procurar conhecidos na unidade. Ainda temos a via em que o usuário procura diferentes profissionais na unidade com a guia de referência e contrarreferência (documento este sem marcação do local para atendimento) em mãos, com objetivo de sensibiliza-los para se acolhido e acompanhado na unidade. Este conjunto de estratégias, conhecido na antropologia social brasileira, pelo termo de “jeitinho brasileiro”, acaba beneficiando uns em detrimento de outros, que não conseguem acessar a alta complexidade por não conseguirem os mesmos meios para serem atendidos. É importante frisar que esse fato é recorrente, tanto no HFB como em outras unidades de saúde pública em diferentes níveis de atenção, mas principalmente

⁵¹ Ver matéria <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/central-de-transplantes-suspende-atendimento-por-falta-de-repasse-de-verba> Acesso em 18/02/2016.

na alta complexidade, devido à desorganização da rede e falta de serviços de serviços e ações na saúde pública.

De fato, vemos que garantir a integralidade e o acesso da atenção tanto no interior da unidade como na integração à rede de serviços, constitui um verdadeiro desafio para o HFB, como para as demais unidades do SUS. Assim como ocorre em outras unidades, no HFB a demanda reprimida se apresenta principalmente na dificuldade do usuário ser inserido na unidade de alta complexidade, bem como na falta de serviços e ações dos usuários já acompanhados pelo hospital, mas que demoram para ter acesso a consultas, exames, procedimentos, etc, resultando num acesso incompleto à alta complexidade. *O longo intervalo para conclusão foi possível notar pela experiência nesse campo de estágio e pelo trabalho de pesquisa, uma piora na assistência na unidade.* Isto, foi confirmado tanto na fala de profissionais e usuários, e comprovado pelo decréscimo dos números oficiais aqui vistos nos atendimentos, e na constatação de seus determinantes institucionais, e que afetam a todos, profissionais e usuários.

Assim, vemos que os princípios da integralidade e do acesso universal não foram devidamente implantados como se preconiza na legislação. Apesar das várias tentativas na organização da regionalização e hierarquização, na realidade a rede tem dificuldade de ter um sistema de saúde integrado, que garanta o acesso e supra a necessidade do cidadão no momento que ele precise. Segundo o relatório de gestão de 2010, é necessário a articulação da unidade com o conjunto de serviços de saúde municipais e estaduais, com a finalidade de consolidar seu perfil de hospital de referência em alta complexidade. E para isso,

É imperativo a pactuação local e regional por meio da distribuição e da efetiva oferta assistencial em diversos níveis de atenção por todos estes serviços, fortalecendo a concepção de rede, sem a qual compromete-se a posição do Hospital como equipamento de saúde voltado para o provimento de serviços de alta complexidade (Relatório de Gestão HFB, 2010).

Nesse contexto, que permanece atual, notamos que a unidade apresenta vários desafios a serem enfrentados nos próximos anos, principalmente pelo período de crise na saúde do Rio de Janeiro que estamos vivenciando desde o final do ano de 2015.

A seguir, será apresentado o Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso. Veremos o objetivo de sua atuação e as dificuldades encontradas para o exercício profissional. Além da dimensão assistencial, também atua na supervisão de estágio acadêmico.

4.3.2 – Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)

Este trabalho só foi possível devido a experiência vivenciada no período de estágio curricular de graduação em Serviço Social, no Hospital Federal de Bonsucesso. O Serviço Social na unidade tem por objetivo identificar, interpretar e interferir nos determinantes socioeconômicos e culturais presentes no processo de saúde-doença, garantindo a viabilização dos direitos sociais por meio da inserção na rede de proteção social.

Embora o último concurso de 2005 do Ministério da Saúde, tenha inserido novos profissionais nos últimos anos, a proporção entre recursos humanos e demanda mostra uma deficiência para cobrir todas as clínicas e programas que a unidade dispõe. Atualmente, o quadro funcional é composto por 01 assistente social estatutário Chefe

do Setor, 19 assistentes sociais estatutários, 04 assistentes sociais contratados pelo NERJ e dois servidores estatutários no apoio administrativo. Entretanto, este número de profissionais encontra-se insuficiente para a cobertura de todas as frentes de trabalho do Serviço Social na instituição.

Outro problema identificado é a falta de salas próprias para atendimento individual e coletivo nos prédios 1, 2 e 6. Mesmo com algumas reformas nesses prédios, a categoria não conta com espaços para uma atuação mais adequada. Diante disso, muitos usuários tem que se deslocar para o prédio 4, onde fica a sala da Chefia do Serviço Social e o Plantão Social, onde têm duas salas/Box, que são utilizadas pelos profissionais com intuito de atender os cidadãos, mantendo o sigilo.

Os assistentes sociais atuam em diversas clínicas e programas na unidade e, além disso, realizam atendimento da demanda espontânea no Plantão Social, espaço este, que tanto usuários internos e externos, como outros profissionais da unidade ou até mesmo de instituições externas, buscam orientações e acompanhamentos dos assistentes sociais plantonistas. No Quadro 2, podemos ver a distribuição dos assistentes sociais por clínicas e por programas, e com isso podemos ilustrar a defasagem de profissionais para uma unidade de grande porte como o HFB.

Quadro 2 - Distribuição dos Assistentes Sociais por Clínicas e Programas

Clínicas/Programas	Nº de Assistentes Sociais
Emergência	04
Obstetrícia/ UI e UTI Neonatal	02
Pediatria (Enfermaria e UTI)	01
Ambulatório de Pediatria e Creche	02
Programa de Diabetes (adulto e infantil)	01

Nefrologia, Programa de transplante Renal e Hemodiálise (adulto e infantil)	02
Ginecologia e Planejamento Familiar	01
Oncologia	02
Urologia	-
Neurocirurgia	01
Clínica Médica A e B	01
Ortopedia e Cirurgia Vascular	-
Clínicas Cirúrgicas A	-
Clínicas Cirúrgicas B	01
CTI	-
Cabeça e Pescoço	01
Curta Permanência	-
Cardiologia e Unidade Coronariana	01
Ambulatório de Adultos	-
Programa de Saúde do Trabalhador	01
EADES (Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde)	01
Programa e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	01

* A atualização da distribuição dos assistentes sociais nas diferentes clínicas e programas foi realizada neste ano de 2016. Atualmente não existe nenhum profissional lotado no setor de urologia.

Além da dimensão assistencial, o hospital concentra atividades de ensino e pesquisa, com programas de residência em 22 especialidades e supervisão de estágio acadêmico em diversas áreas profissionais, entre elas o Serviço Social, que têm um total de 12 vagas, em que cada estudante da graduação é supervisionado por um ou mais assistentes sociais, dependendo do setor que será alocado. No período de estágio, além da observação da prática dos profissionais, tínhamos mensalmente um encontro com todos os estagiários e supervisores da unidade.

Nesses encontros eram realizadas oficinas previamente agendadas, com os temas que seriam abordados, sendo assim, um importante momento de reflexão e articulação teoria e prática. Nessas oficinas eram debatidos textos, vídeos e as impressões dos estagiários e profissionais sobre a saúde pública e o trabalho do assistente social. Muitas dessas vivências eram relatadas em diário de campo, e também compartilhados e debatidos na Escola de Serviço Social – UFRJ.

Devido o longo tempo de estágio, era comum algumas inquietações por parte dos estagiários, devido ao “banho de realidade”, segundo Iamamoto (apud VASCONCELOS, 2006: 258). Nos deparávamos com as dificuldades da instituição e na atuação dos assistentes sociais, cujo o objeto são as múltiplas expressões da questão social. Diante desses questionamentos, resultou a elaboração de vários trabalhos que foram apresentados em seminários, congressos, jornadas científicas, etc.

No período de estágio curricular fui lotada em três clínicas (Clínica Médica, Neurocirurgia e Urologia), e supervisionada por três assistentes sociais dos setores mencionados, atuando nas enfermarias e ambulatórios. Todas as unidades apresentam uma gama muito grande de questões a serem exploradas para pesquisa, como forma de entender os dilemas do cotidiano institucional, avanços e limitações, não só para atuação dos assistentes sociais, como dos demais profissionais da área da saúde e o reflexo para o atendimento aos usuários.

Entretanto, como já mencionado, optamos por analisar o setor de urologia do HFB, uma vez que há uma demanda expressiva em busca de atendimento por esta especialidade médica, no Plantão Social, com muitas dificuldades de acesso na rede de saúde. Diante dessa expressão da questão social, objeto da ação profissional, passamos a levantar dados institucionais do setor e realizamos entrevistas com

usuários e urologistas. O objetivo das entrevistas foi compreender esta questão, deixando claro também que há dificuldades de acesso em outras especialidades, fruto de um cenário mais amplo, que reflete tanto os problemas vistos na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, e no Estado como um todo.

A seguir, veremos os resultados da pesquisa, nos quais primeiramente será apresentado o setor de urologia do HFB, depois veremos o perfil dos usuários e, por fim, as entrevistas com usuários e urologistas sobre a assistência urológica na Metropolitana I do Rio de Janeiro e no Hospital Federal de Bonsucesso, analisando os limites e as possibilidades para a universalidade do acesso e a integralidade.

4.4 - A urologia do Hospital Federal de Bonsucesso em foco

A urologia é uma especialidade médica com atuação clínica e cirúrgica, que diagnóstica, trata e previne enfermidades que envolvam o sistema urinário de homens e mulheres, crianças, e também dos genitais masculinos e suas funções. Diante disso, vemos um predomínio de pacientes do sexo masculino, devido a questões próprias da saúde do homem. No ano de 2011, no que se refere à distribuição dos leitos nas enfermarias na unidade, tínhamos que: duas enfermarias com o total de 15 leitos para o público masculino, uma enfermaria feminina com 6 leitos e uma enfermaria infantil com 3 leitos. No ano de 2016, consta a diminuição para 13 leitos masculinos e 5 leitos para femininos e 3 leitos na enfermaria infantil.

O serviço de urologia do HFB possui 16 staffs (urologistas do quadro funcional, sendo 15 estatutários) e 6 residentes, conforme consta no Relatório de Gestão do HFB

do ano de 2013, sendo caracterizado como um serviço de alta complexidade. Se destacam as principais ações e serviços desse setor:

O serviço de urologia (...) caracterizado como um serviço de alta complexidade, possuindo departamento de transplante renal, uro-pediatria, uro-litíase, uro-ginecologia, uro-oncologia, andrologia, e patologia prostática. Realizam os atendimentos emergências, ambulatoriais, exames endoscópicos, urodinâmicos e biópsia prostática com ultrassom. Dentre as cirurgias de alta complexidade, destacam-se as neoplasias malignas de câncer de rim, ureter, próstata, bexiga, pênis e testículo, doença calculosa com complicações, ureterolitíase obstrutiva, cálculos renais coraliformes, e em situações em que há risco de perda da função renal; obstrução infra vesicais em que o paciente necessita uso permanente de cateter urinário (geralmente as neoplasias); procedimentos cirúrgicos para os pacientes renais crônicos como as nefrectomias, ressecções de próstata e cirurgias reconstrutoras complexas do trato geniturinário. No ano de 2013 realizaram 1469 procedimentos, sendo 556 procedimentos endoscópios ambulatoriais, 156 biópsias, 78 exames urodinâmicos, 136 cirurgias ambulatoriais e 540 cirurgias de grande porte. (Relatório de Gestão do HFB-2013).

Outro ponto observado nesse período foi que assim como outras especialidades da unidade, a urologia não estava aberta à inclusão de novos pacientes pelo setor de marcação de consulta desde 2009, como uma estratégia para atender a grande demanda de usuários acompanhados no ambulatório, e diminuir o tempo de demora na fila dos que estavam aguardando cirurgia eletiva⁵². Sem a regulação pelo SISREG (Sistema de Regulação do Município) e o CER (Central Estadual de Regulação), a outra forma de novos usuários conseguirem acessar essa especialidade era pela emergência, e este setor, a partir de agosto de 2010, passou a ter dois leitos (um feminino e outro masculino) na enfermaria da urologia, regulados pelo NIR (Núcleo Interno de Regulação). Mas a fila não para de aumentar, devido à demanda que vem da emergência e devido aos encaminhamentos internos de outros setores da unidade

⁵² Cirurgias eletivas- são as cirurgias dos pacientes acompanhados nos ambulatórios, que não são caso de emergência, geralmente com os exames pré-operatórios prontos, e que aguardam contato do setor para fazer a internação e passar pelo procedimento cirúrgico.

para serem acompanhados pela urologia. Depois, as vagas voltaram a ser reguladas pelo SISREG, tanto para atendimento ambulatorial como também os usuários transferidos de outras unidades para assistência urológica no HFB. Segundo informações de servidores do setor, para o ano de 2016 foi solicitado pela nova chefia da Urologia à direção a suspensão da regulação pelo SISREG, mas até o momento, em março de 2016 não obtiveram respostas da direção da unidade.

Além disso, diante dessas limitações na porta de entrada para a assistência urológica na alta complexidade na unidade, tanto nesse período em que foi fechada a marcação, seja atualmente, há ainda muita dificuldade de se conseguir atendimento nessa especialidade. Essa falta de acesso, uma expressão clara da questão social, levou a demanda reprimida a buscar por outros caminhos para serem inseridos no sistema, uma vez que o direito de acesso encontrava entraves. A forma adotada foi e é o “*jeitinho*”, ou seja, através de *algum conhecimento pessoal na unidade ou pela abordagem direta com os mais diversos profissionais que atuam na unidade, e ainda até mesmo dos próprios urologistas nos ambulatórios ou nos corredores onde ficam a secretaria e a sala da chefia do setor de urologia, em busca de mostrar sua necessidade e com isso ser atendido e acompanhado na unidade*. Como mencionamos essa não é a forma mais apropriada para inserir o usuário na unidade, uma vez que nem todos têm os mesmo mecanismos para obter acesso, e os casos acabam sendo tratados como problemas individuais e não coletivo. Diante disso temos uma invisibilidade da demanda reprimida na assistência urológica, na maioria usuários oriundos da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Embora a assistência urológica seja uma especialidade que abarque uma grande gama de doenças, temos como demandas mais recorrentes a litíase urinária (também

conhecida como cálculo ou pedras urinárias) e as doenças de próstata (tanto o crescimento benigno como o câncer) como as mais conhecidas. Na relação dos tumores do aparelho geniturinário, podemos relacionar os tumores de rim, de testículos, de bexiga e da suprarrenal. Segundo o IBGE⁵³, na Região da METRO I em 2012, foram notificados no Município do Rio de Janeiro, 405 óbitos de homens e 435 de mulheres de doenças do aparelho geniturinário e óbitos por neoplasia de tumores (sem especificar a localização) de 1.788 homens e 2.237 mulheres. Nos demais municípios da Baixada Fluminense, as notificações são poucas ou inexistente. Essas subnotificações, ou até mesmo a ausência desses dados, não permitem aos gestores, em diferentes esferas administrativas e de gestão, elaborar um planejamento para agir efetivamente sobre essas demandas, mas há também uma clara falta de interesse por parte de alguns gestores em fazer tal levantamento, para não ter que criar e financiar tal especialidade.

Os dados do IBGE reforçam a constatação de que os usuários buscam nas unidades de saúde da Capital por atendimento, e por isso o alto índice de óbitos no município. No Hospital Federal de Bonsucesso muitos chegam pela emergência em estado avançado de sua doença, e acabam internados para atendimentos paliativos para amenizar o sofrimento, ou alguns recebem alta médica para ter a fase terminal de vida em casa. A falta de integralidade pode ser vista em várias unidades de grande porte e no HFB, pela falta de enfermarias para os usuários oncológicos em estado avançado da doença e que necessitam de suporte médico e de outras especialidade

⁵³ Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema único de Saúde – DATASUS/ 2012. www.cidades.ibge.gov.br > Acesso em 22/01/2015.

para atender com dignidade o usuário e a família ,nesse processo de confronto com a finitude.

Muitos são os problemas na instituição, que dificultam a atuação dos profissionais no HFB. Como vimos, os problemas de obras, falta de recursos humanos, demora na recuperação de equipamentos, bloqueios de leitos, etc; acabam impactando na atuação na assistência urológica.

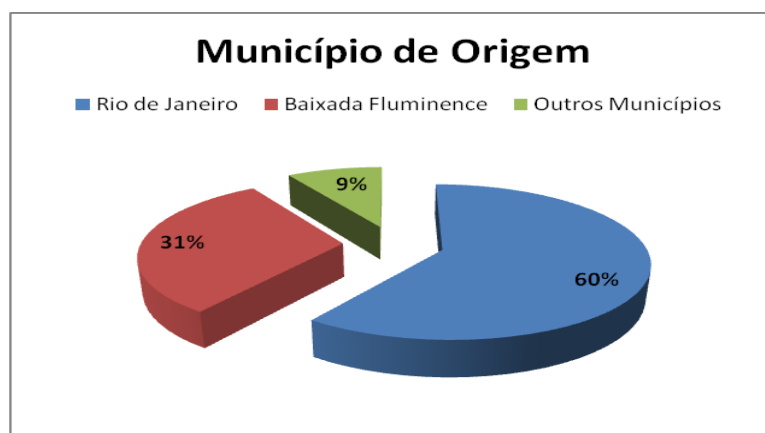
Diante da falta de assistência urológica na média complexidade no entorno da unidade, e para não deixar os usuários sem atendimentos, o ambulatório tem demandas dos três níveis de assistência. Além disso, os pacientes já tratados e de alta, não querem perder o vínculo com a unidade, e pedem para que continuem sendo acompanhados nem que seja com um tempo mais espaçado. E diante da impossibilidade do HFB de contrarreferência, por falta de unidade na média complexidade que possa acompanhar esses usuários que não têm mais perfil de alta complexidade, há um inchaço nesse setor, que tem portas de entradas, mas não tem de saída.

Veremos na próxima seção, o perfil dos usuários da urologia do HFB. Com base na planilha de pacientes que constam aguardando por procedimento cirúrgico do ambulatório de urologia do HFB. Nessa planilha tivemos como buscar dados importantes nos sistemas do SUS interno do HFB que contem o cadastro dos usuários (HOSPUB e o E_Sus), para traçar o perfil dessa demanda.

4.5- Perfil dos usuários da urologia no HFB

A pesquisa teve também por objetivo traçar o perfil dos usuários inseridos na assistência urológica do HFB, a partir da planilha com o cadastro dos pacientes que estavam aguardando cirurgia do ambulatório de urologia na unidade. Pode-se constatar que o perfil dos pacientes da urologia reflete o quadro geral do hospital, em que a maioria reside nas diversas áreas programáticas (APs) no município do Rio de Janeiro, representando 60% da demanda, e em segundo lugar estão os oriundos da Baixada Fluminense, com um percentual expressivo de 31% e, em menor grau, de outras cidades do Estado do Rio de Janeiro, equivalente a 9%. Podemos observar essa origem dessa demanda no Gráfico 4.

Gráfico 4: Município de Origem dos Pacientes- Urologia/HFB



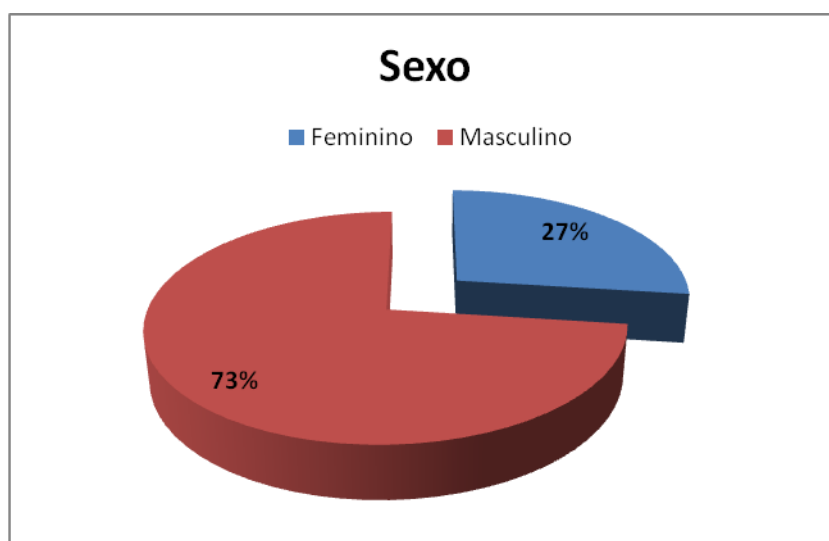
Fonte: Elaborado pela própria autora

Notamos assim, que a assistência em urologia do Hospital de Bonsucesso, por ter um serviço especializado e de referência, acaba recebendo um grande fluxo de usuários da Área Programática 3.1, na qual o hospital está situado, e também de vários

bairros que pertencem a outras APs, além de uma grande demanda vinda da Baixada Fluminense, diante da escassez de ofertas nessa atenção nos municípios dessa região.

A especialidade de urologia, como já mencionamos, abrange as enfermidades que acometem o sistema urinário de ambos os sexos, tendo também abordagens específicas de doença do genital masculino., e daí o número expressivo de representantes do sexo masculino. Segundo os dados coletados nessa planilha, temos total de 369 usuários, conforme o Gráfico 5, na percentagem de 73% masculinos e 27% femininos.

Gráfico 5: Percentual de pacientes por sexo na Urologia/HFB

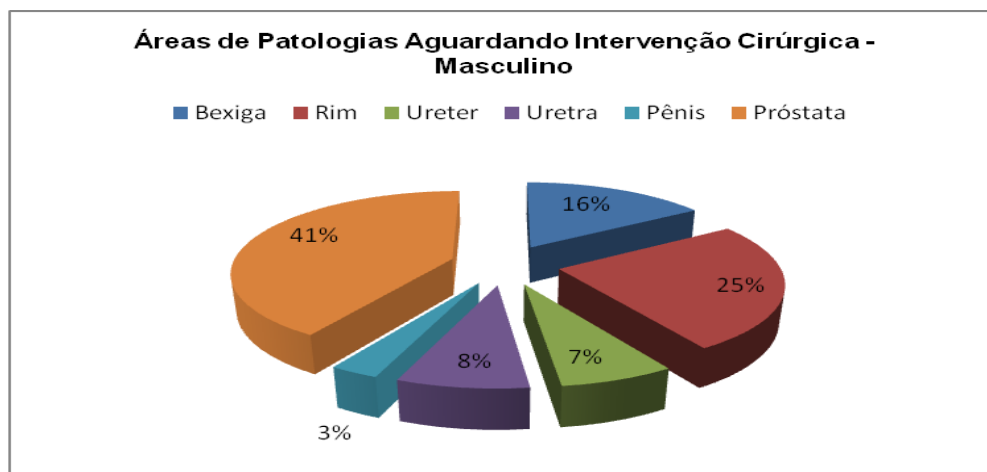


Fonte: Elaborado pela própria autora

Quanto à faixa etária, nota-se no estudo que a média de idade do público está concentrada entre os 40 a 79 anos, isto representando 84% do sexo masculino e 60% do sexo feminino. Isso evidencia assim a importância de se compreender essa demanda da população que está envelhecendo, para definir ações voltadas tanto pra políticas públicas para a saúde dos homens e das mulheres, uma vez que essa há um foco devido as particularidades do homem na assistência urológica, mas há uma

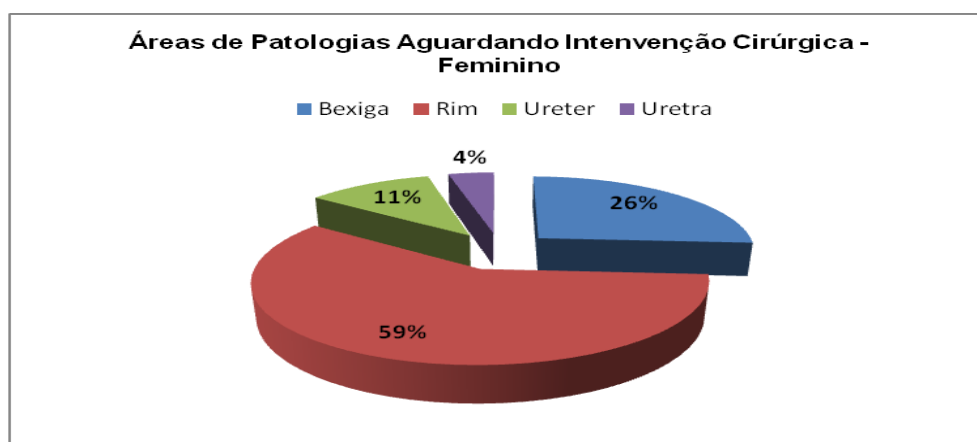
grande demanda por esse serviço também requisitado pelas mulheres. Podemos ver nos gráficos seguintes as áreas que mais aguardam intervenção que cirúrgicas por sexo.

**Gráfico 6: Áreas corporais com Patologia, Aguardando Cirurgia em Urologia.
Do Sexo Masculino**



Fonte: Elaborado pela própria autora

**Gráfico 7: Áreas corporais com Patologia, Aguardando Cirurgia em Urologia.
Do Sexo Feminino**



Fonte: Elaborado pela própria autora

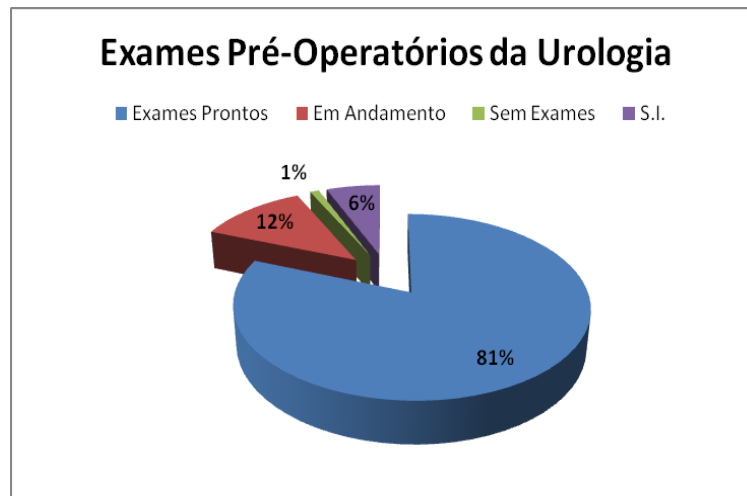
Vemos, pelo gráfico 6, que a maior demanda por intervenção cirúrgica está ligada à área da próstata, rim, bexiga e pênis. No caso da próstata, a maioria dos casos

estão ligados a hiperplasia benigna de próstata (HBP), que é um crescimento benigno da próstata que pode ser tratada com medicamentos ou mesmo com proposta cirúrgica, como os casos indicados na planilha de intervenção cirúrgica. Nos casos de câncer de próstata só consta um caso na planilha, demonstrando assim, que esses casos são tratados com prioridade por conta do tipo de enfermidade. Os usuários que têm câncer tem prioridade no atendimento devido à gravidade da doença, e só terem maiores condições de cura na abordagem cirúrgica.

No Gráfico 7, vemos as áreas que mais acometem o sexo feminino e demanda de assistência urológica para enfermidades encontradas no rim, bexiga, uretra e ureter. Essas áreas são comuns aos dois sexos, e podemos mencionar que as patologias que mais aparecem no rim são tumores malignos, benignos, trauma, cálculo ou cisto renal; e na área da bexiga temos como as mais recorrentes: tumores malignos, incontinência urinária, cistite, infecções urinárias, etc.

Dos dados apresentados na planilha, vemos no Gráfico 8 que 81% dos exames solicitados para pré-operatórios estavam prontos, ou seja, um número expressivo de usuários em condições de serem internados e operados, mas há uma fila muito grande de espera, e o usuário tem que aguardar ser chamado.

Gráfico 8: Exames Pré-operatórios em Urologia HFB



Fonte: Elaborado pela própria autora

Muitos usuários, devido à demora em serem chamados, têm que refazer esses exames, uma vez que perdem a validade. Isso gera mais desgaste para o usuário, que tem que passar novamente pelo mesmos procedimentos e até mesmo gastos, pois muitas vezes arcam com exames que não tem na unidade ou demorariam muito para ser realizado na própria unidade. Assim, vemos uma demanda significativa, mas com acesso incompleto dentro de uma unidade de alta complexidade.

O Gráfico 8 provoca uma reflexão sobre os problemas que os profissionais em urologia encontram para atuar dentro da instituição, e com isso não conseguem atender um maior número de pacientes, como almejam. Segundo o Relatório de Gestão de exercício do ano de 2013, há uma observação do setor de urologia, quanto às condições limitadas que se deparam na unidade.

Como uma das clínicas com perfil cirúrgico a urologia também sofreu redução de estrutura, especificamente de espaço físico em ambiente cirúrgico, em função da ausência de anestesistas para os procedimentos de maior complexidade e da imprevisibilidade de leitos de retaguarda para o pós-operatório, principalmente no CTI (Relatório de Gestão de 2013:31).

Além disso, devido a obras em outros setores, a enfermaria da urologia era ocupada pelos pacientes dessas outras especialidades, e com isso, havia menos leitos para chamar os pacientes da fila da urologia para internação. Outro fator que também colabora para a demora, é o constante fluxo de pacientes vindos da emergência, seja por uma patologia a ser tratada no setor de urologia ou até mesmo como forma de esvaziar a emergência e alocar pacientes de outras especialidades também nas enfermarias da urologia. Na planilha e mesmo consultando os dados no cadastro do HOSPUB, não foi possível identificar o estado civil e a renda familiar, dados que geralmente não constam nos cadastros oficiais. Contudo, Gomes (2008) fez um levantamento com 144 pacientes da urologia no HFB e pode constatar que desse total 61% eram casados (as) e a renda familiar com 1 salário mínimo representava 33% do total e com 2 a 3 salários mínimos 35%, mas alerta 10% recebem menos de um salário.

Portanto, diante de tais dados da planilha vemos que há necessidade de se entender o perfil desses pacientes, em ambos os sexos. De qualquer forma, é muito importante enfatizar os limites da atuação que os profissionais encontram dentro da unidade, que resultam em uma longa fila por procedimentos.

Na próxima seção, passaremos a analisar os depoimentos dos usuários e urologistas do HFB, quanto à percepção do acesso e integralidade nessa atenção na assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, desde a atenção básica até a alta complexidade, e as estratégias, “jeitinho”, usadas para conseguir acesso no setor de urologia do HFB.

4.6 – Percepção de usuários e urologistas do Hospital Federal de Bonsucesso, a respeito da assistência urológica

4.6.1- A percepção dos usuários sobre a falta de acesso na atenção básica e média complexidade em urologia na metropolitana I do Rio de Janeiro

Nos depoimentos, vemos as dificuldades em se conseguir atendimento desde questões básicas tanto para mulheres como para homens. Muitas mulheres e homens, que geralmente são acompanhados por suas esposas e companheiras, relatam as dificuldades de conseguir atendimento na atenção básica.

Na fala dos usuários:

Eu vejo péssimo. Porque tem posto, mas chega lá não tem médico, ontem eu levei o meu neto, não tem médico. Não tem pediatra, não tem clínico, não tem uma dipirona pra dar pra uma pessoa que está passando mal. Então você vai numa consulta, tentar uma consulta no ambulatório, leva seis ou sete meses pra você conseguir. Quando chega no dia da consulta o médico não foi. O médico foi mandado embora. O médico desistiu de trabalhar por falta de pagamento. Sem contar que o posto é uma nojeira, caindo aos pedaços. Preventivo lá é péssimo. A saúde lá é péssima, a não ser quando a gente paga. Se você não pagar, você não tem. Fora disso, se você for depender do SUS ou da prefeitura, você não tem nada. Sempre que eu precisava eu pagava à parte, particular. Tudo que eu vou fazer, eu pago na clínica popular. [Entrevistadora - E quais as especialidades que você procurava mais?] Ginecologista, voltado pra saúde das mulheres, e o clínico pra ver a PA, a glicose, essas coisas, até mesmo pra ver os problemas do rim, né. Quando tinha crise e não conseguia atendimento no público, tinha que correr pro particular (Viviane, moradora da Baixada Fluminense).

Lá é precário, lá é horrível. (...). No posto tinha que marcar, chegava cedo, esperava um bom tempo e a boa vontade do médico chegar. E era assim, ele chegava sempre atrasado e em 5 e 10 minutos atendia 20. Tudo rápido. (Telma, moradora da Baixada Fluminense).

Pode desistir, não tem como. Pra mim tá mau assessorado. O SUS é uma instituição boa só que tem pessoas inadequadas trabalhando no setor. (Ricardo, residente da Baixada Fluminense)

Vemos nas falas dos usuários a insatisfação quanto à falta de profissionais, ou mesmo descompromisso diante da demanda, e a falta de qualidade no atendimento pelo pouco tempo diante do paciente. Além disso, podemos notar as condições precárias em que muitas dessas unidades se encontram, que não acolhe de forma adequada os usuários. Há também a descontinuidade no tratamento, devido às transferências e demissões e não reposição de profissionais. No caso do usuário Ricardo, este conseguiu atendimento com um urologista do posto, e o médico lhe disse:

“vai botar essa sonda depois volta aqui.” Saiu água a beça da barriga, aí eu tive que voltar lá, aí ele me deu uns remédios pra mim tomar. Aí eu fui melhorando, melhorando. Só que agora, eu fui lá pro (nome do hospital), chegando lá, o médico me deu um remédio que quase me matou. Começou a me dar dores nas minhas mãos. Aí eu voltei naquele médico (do posto), ele disse que era alergia, e me deu um outro remédio e eu fiquei bom. Aí ele falou: “_ você continua aqui comigo, *você não fala nada não*, eu vou te dar um tratamento aqui, depois você vai pra lá”. (Ricardo, residente da Baixada Fluminense)

Segundo Ricardo, ele foi encaminhado para o hospital, porque o urologista do posto havia sido transferido para a emergência e com isso não poderia mais dar continuidade no tratamento. Mas como vimos na fala do usuário, este não se sentiu bem com o novo atendimento no hospital e voltou para o posto, em busca do mesmo urologista, que identificou o problema e que continuou o atendendo, mesmo sem a unidade ficar ciente.

Vemos muitas dificuldades encontradas na rede básica não somente para consulta, mas também para a realização de exames, levando muitos a procurarem serviços privados.

Ele me deu exame pra fazer, aí chegou lá o exame foi e não voltou mais, porque a maquina estava quebrada, de sangue, pro PSA. Aí a minha irmã teve que pagar, paguei R\$50,00. Pelo SUS não consegui, a maquina estava quebrada. Ela está sempre quebrada lá. E não direcionaram pra fazer em outro

lugar, era só aguardar. Porque a máquina estava quebrada, aguardando, aguardando. E nada. (Ricardo, residente da Baixada Fluminense)

É aí varia 15 a 35 reais. Quando é um preventivo é 50. porque você já fica com a revisão já marcada, com retorno pra até 15 dias. se perde os 15 dias tem que pagar de novo. Quando é só consulta é 30. Quando vai fazer o preventivo é 50. (Viviane, residente da Baixada Fluminense).

Uma ressonância que tinha que fazer da coluna, levei quase dois anos. Aí eu já esperava. (...) o raio-x eu não paguei não, eu consegui fazer antes no público, mas o ultrassom tive que pagar. (...) ele (médico) pediu além da ultra, pediu raio x. Eu até fiz o raio x, e depois eu não consegui mais marcar pra ele e tive que ir pro particular. Era num posto lá em (local da baixada Fluminense). Através de *conhecimento* que eu consegui, não foi fácil, não (Telma, residente da Baixada Fluminense). (grifo meu)

Com os meus trabalhos manuais. trabalhei fora muito pouco tempo da minha vida, não consegui me aposentar com o meu trabalho. era quando eu conseguia fazer os meus exames fora. ou quando eu arranjava conhecimento e fazia público e enfrentando também as filas todas da vida, você sabe que muitas das vezes agente enfrenta e não consegue. (Luzia residente do Município do Rio de Janeiro). (grifo meu)

Muitos usuários acabam recorrendo a clínicas com preços populares, cujo número cresce em torno das em unidades do SUS com carência de exames e consultas especializadas. A falta de investimento em equipamentos do sistema público acaba por fortalecer essas instituições privadas. Outra estratégia, como já mencionamos, é o *jeitinho* para se obter serviços de saúde pública que se apresenta nos *diferentes níveis de atenção*. Nos depoimentos da Telma e da Luzia, vemos que foi por meio de “*um conhecimento*” que elas conseguiram fazer o exame de imagem ou consulta. Entretanto, se os usuários que não têm esses conhecimentos ou não têm como arcar com as despesas em clínicas privadas, acabam esperando por meses ou anos por exames necessários para fechar o diagnóstico e definir o tratamento, comprometendo assim resolubilidade das suas necessidades em saúde.

Com a escassez de oferta na média complexidade, as clínicas populares passaram a ser uma saída em busca por urologistas.

Elas cobram custam trinta reais a consulta. As vezes ele nem passava receita, que ele falava “continua”. Aí eu: “Dr., até quando vou continuar tomando esses remédios?”. Ele “você vai expelir, vai expelir”. (Telma, residente da Baixada Fluminense).

A coisa aconteceu, mais ou menos assim, fui num médico particular. (...) Fui direto num urologista (...)E lá, começamos a consulta e cobrou mais coisas, mais exames para detectar mais alguma coisa. E assim, foi feito. Daí, uma vez descoberto o “problema”, né. (Oswaldo, Município do Rio de Janeiro), com câncer de próstata, e com dificuldade de se referir diretamente a doença.

Um dos problemas de se acompanhar nesses estabelecimentos é a garantia de está sendo acompanhado por um profissional experiente, e mesmo que identificado alguma doença que necessita de acompanhamento de grande porte, esses pacientes não tem como custear o particular, devido ao alto custo, e tem que retornar a unidade básica para serem inseridos no SISREG.

Muitos, devido a demora de serem marcados pelo SISREG, fazem verdadeiras peregrinações em busca de atendimento público, sejam entre municípios vizinhos ou até mais distantes. Telma, por exemplo, por meio de “um *conhecimento*” conseguiu fazer alguns exames em uma unidade pública em outro município distante.

É um hospital municipal. Meu cunhado, tem um médico que ele joga lá bola,né! Aí ele foi, me internou, mas não foi ele que cuidou de mim ,não. Acho que ele não era urologista, dr x que era. Na mesma hora, “olha a senhora vai ficar internada”. E foi bom, porque eu passei tão mal lá dentro. Cada dia ele pedia um exame. *Aí ele falou que eu tinha que operar, mas lá não tinha esse tipo de cirurgia.* Fiz cintilografia. Eles bateram o raio X, só que ficou tudo lá, eles me deram xerox, só que eu pedi, entendeu? Só pegando lá de novo. Só me deram por escrito, sabe, xerox. Não veio a chapa de nada, não.. Ainda fiquei lá na minha irmã, ele me deu 5 dias pra ver com o INPS, tudo que eles pediram eu fiz só que eles não me deram nada. Isso foi em 2010, tá fazendo um ano que eu fui a Bom Jesus, em março fez um ano. Fiquei lá uns 15 dias. Aí eu voltei pra (local baixada fluminense). Quando era pra eu retornar, porque acho que o dr x ia abrir um hospital em Itaperuna, eu não tava podendo voltar, por causa das 6 horas de viagem e não tinha como. E não tinha carro pra me levar e foi isso. (Telma, residente da Baixada Fluminense). (grifos meus)

A falta de acesso e hierarquização na assistência contribui para essas longas jornadas em busca de atendimento. Há todo um deslocamento de seu município de origem, gastos com transporte etc, para no fim voltar ao seu município de origem sem resolução do seu problema de saúde e não ter em posse os exames para poder dar continuidade em outra unidade. Isso tudo mostra como é violado esse direito do cidadão. Telma mencionou, que quando voltava às crises, procurava a emergência de um posto de atendimento em um município vizinho, na mesma região da Baixada Fluminense. Informou também que veio com crise por duas vezes à unidades de grande porte da capital do Rio de Janeiro, embora olhassem para os exames e falassem que precisava se operar, não encaminhavam nem para o ambulatório de urologia.

Todos os usuários relatam essa dura busca por atendimento em urologia na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, percorrendo no mínimo de 4 a 8 de unidades de saúde públicas a ter sua necessidade atendida, ou seja, chegar no serviço especializado que realmente acolha essa demanda. Muitos usuários durante esse processo em busca de atendimento nem sabiam qual era a especialidade que teriam que buscar, mesmo passando por vários médicos. A questão da informação e promoção da saúde, são vitais para uma população mais esclarecida de seus direitos em saúde e muitos consideram que não teriam o seu caso agravado, se tivessem acesso mais rápido a esse atendimento.

Mesmo trabalhando dentro de um hospital eu nunca fui encaminhada para um urologista. Achava que urologista era médico de homem, para tratar as partes íntimas do homem, não sabia que era feminino. (Ana, residente do Município do Rio de Janeiro)

Esse conjunto de relatos nos evidencia a falta da rede básica em perceber e tratar essa demanda reprimida, com acesso incompleto dentro do sistema de saúde. A atenção secundária é escassa e pouco resolutive. Além do problema sério de se conseguir regular esses usuários pelo SISREG, os usuários têm usar o jeitinho como estratégias de conseguir acesso a um serviço que deveria ser garantido de forma universal, integral e igualitária.

4.6.2 O *Jeitinho* como outra forma de acesso a uma unidade de Alta Complexidade, o Hospital Federal de Bonsucesso

Diante das dificuldades encontradas da rede de saúde, pelos meios oficiais de encaminhamentos , como pela regulação do SISREG ou pela emergência, os usuários buscam alternativas para obter acesso nas especialidades que demonstram maior carência de oferta de serviços e ações, e dentre elas se destaca a assistência urológica. Como vimos, há também uma grande demanda por procedimentos cirúrgicos na própria unidade. Em virtude da falta de cobertura da média complexidade, o Hospital Federal de Bonsucesso acaba assumindo atribuições dos três níveis de atenção. Há uma longa fila de espera por procedimentos dos menos aos mais complexos. E por mais que se tente diminuir a fila de espera, vimos os vários fatores que interferem na atuação profissional, e a fila não para de crescer.

As secretarias de saúde e até mesmo a atenção básica têm dificuldade de localizar vagas disponíveis para os pacientes que necessitam de assistência urológica, deixando sem visibilidade a demanda reprimida. No entanto, os usuários buscam

alternativas para terem o devido atendimento a sua necessidade. Vejamos o exemplo de cada um dos usuários entrevistados:

Na verdade, após os médicos particulares, batemos no SUS, após recomendação dos médicos particulares é que procuramos. Direto dos dois médicos particulares, fomos direto para Bonsucesso, direto para o Dr. X, de lá já ficou tudo encaminhado, esquematizado, porém estava demorando a chamar. (Oswaldo, residente do Município do Rio de Janeiro).

Quem me trouxe aqui foi um conhecido daqui, que trabalha aqui. Nem sei se trabalha mais, porque ele disse que ia se aposentar. Ele me trouxe direto pra sala do Dr. X. Foi uma benção pra mim. (Luzia residente do Município do Rio de Janeiro).

Aí o amigo do meu filho foi no dia que eu passei mal, pediu os exames, e falou que ele ia tentar aqui (HFB), aí ele conversou com o médico, aí o médico pediu pra vir na quarta-feira, aí o dr. X me olhou, pediu os exames. Quando retornei, o dr. X não estava, mas era o fulano e aí ele foi e abriu um prontuário pra mim. E foi tudo rápido. (...) isso foi final do ano agora (2010), (...) quando foi em abril, me chamaram. Ligaram para a casa da minha irmã, pra me internar. (Telma, residente da Baixada Fluminense).

Então comecei a chorar, falei que o plano não ia me dar cobertura, então ele disse: você pegue e faça tudo. Correndo, pega logo e, faça logo todos exames, porque tal dia vai acabar e você não vai mais poder fazer exames e vai ficar mais difícil. Aí eu comecei a sair correndo, fazendo todos os exames nos laboratórios particulares; fiz e aí depois que estava tudo pronto ele (médico que acompanhava pelo plano de saúde) disse então, agora vou encaminhar você para o Dr. X (HGB), ele é urologista também e eu vou mandar pra ele o que está acontecendo. (Ana, residente do Município do Rio de Janeiro)

Nas falas dos entrevistados, podemos observar as formas não oficiais de se inserir no hospital, na assistência urológica, principalmente o *jeitinho*, e as demais estratégias em busca de ser acompanhado e tratado por essa área da medicina. Devido à gravidade dos casos, muitos médicos particulares, cientes dos problemas de acesso e da necessidade do usuário que está na sua frente, em muitas das vezes já em depressão diante do resultado, e sem condições de arcar com as despesas com o tratamento, acabam por encaminhar os usuários a procurar colegas de profissão em unidades públicas, como o HFB, para serem atendidos. Outra estratégia seria o

conhecimento de alguém que trabalha na unidade ou que conhece algum médico de lá, e relata a situação, até mesmo levando os exames para que o usuário seja absorvido pela clínica de urologia.

Outra alternativa para os usuários é por procurar o serviço social em busca de um auxílio, de obter o atendimento. Vejamos o relato da companheira do Sr. Ricardo, que participou também da entrevista.

Eu vim na emergência. Aí falei com o fulano (assistente social da emergência), falei que ele estava com muita dor, com febre. Aí eu vim lá na emergência, aí o rapaz disse que não podia atender. Que eu tinha que falar com assistente social. Aí eu fui lá falei com assistente social, fulano, uma pessoa maravilhosa, presta o serviço muito bom, ele. Pessoa muito humana. [entrevistadora: A sonda desde de novembro não havia sido trocada. Vocês vieram aqui quando?] Em março (2011). [Aí o assistente social da emergência falou o quê?] Pra eu vir procurar o serviço social do ambulatório. Mas no domingo não tinha como, aí me deu um papel. Aí eu disse: como é que eu vou lá, sem ter um parecer que eu tive aqui. Aí ele me deu um papel, que justamente a senhora me atendeu aí, que nós viemos aqui. Viemos na terça, ele falou que a senhora estaria aí na terça. Aí a assistente social faria o contato direto com a urologia, pra avaliar ele e saber o que poderia fazer por ele. No momento não estava fazendo matrículas de outras pessoas, tinha muita gente. Aí graças a Deus, Deus abençoou. E todo o dia eu ouço o Padre Marcelo e peço pra ele ficar bom. Porque ele precisa ficar bom. Aí autorizaram fazer a troca de sonda. E marcaram a 1ª consulta dele que vai ser dia 11. (Fala da companheira do Sr. Ricardo)

Era e é muito recorrente a procura pelo serviço social para conseguir ser atendido na unidade. Embora as assistentes sociais expliquem como funciona a regulação de vagas, e muitos já obtiveram as mesmas informações e não conseguiram nada no seu município de origem, como nesse caso. Diante da procura muito alta por essa especialidade, fazíamos encaminhamentos, mas a chefia do setor pediu para diminuir os encaminhamentos, porque poderia ter casos que não seriam de alta complexidade e também devido o setor já ter uma demanda muito grande para ser

atendida. Embora não seja a função do assistente social fazer essa triagem, mas procurávamos meios para que alguns casos os usuários tivesse como acessar o serviço. Então, diante de situações de dificuldade de conseguir acessar a rede de assistência, e a clara necessidade de acompanhamento, tomamos alguns casos a serem considerados junto com a chefia, com os exames e ver se poderiam atender aquela demanda específica.

Geralmente, como eram casos com o perfil de alta complexidade e situações emergenciais, acabavam acatando a solicitação do serviço social. No caso do Sr. Ricardo já havia mais de três meses que ele não fazia a troca de sonda, que normalmente tem que ser trocada uma vez por mês, para não ter infecção. Foi por isso que a chefia autorizou, embora ciente que o procedimento poderia ser feito em outro nível de atenção, mas devido à fragilidade e o tempo que este estava em busca de atendimento, entendeu que o melhor seria acolher esse usuário e fazer os demais tratamentos necessários.

Vejamos agora o outro caso, de Viviane.

eu ingressei, eu conheci você a Dra. Y, lá perto da minha casa, porque estavam procurando a casa de um outro paciente. E conversando, como sempre Deus prepara tudo e através de vocês duas que eu consegui ingressar aqui dentro. Entre aqui em julho de 2010, aí tive a primeira consulta, depois tive outra em agosto, outra em setembro, de lá pra cá venho sempre com o Dr. X. Sempre com ele. (Viviane, residente da Baixada Fluminense).

A usuária Viviane também obteve acesso pelo serviço social da urologia, uma vez, que em visita domiciliar, na procura da família de um paciente internado (que estava internado há meses e sem receber visitas e sem contatos familiares), encontramos com ela, que estava vindo do posto de saúde com muita dor e ao ver o carro o HFB, se prontificou em nos levar no novo endereço dos familiares do paciente,

mas em contrapartida, solicitou nosso auxílio para ser acompanhada na urologia, uma vez que vinha buscando há muito tempo por essa assistência. Conversamos do impasse com os profissionais do setor, que aceitaram acolher esse caso também.

Embora tenhamos a noção de que essas formas de acessar o sistema não são as mais adequadas, uma vez que nem todos têm tais oportunidades iguais para conseguir o acesso. Contudo, diante da precarização dos serviços, da falta de organização da rede, nos vemos tendo que lidar com algumas medidas individuais, pontuais, mas tendo a percepção crítica de ser um problema coletivo. Em que os usuários são “forçados” a encontrar formas alternativas, uma vez que não tem esse acesso garantido pelo sistema de regulação. Muitos mesmo inseridos são informados da demora devido ao grande volume de demanda nesse setor, que há uma ordem de prioridades e a fila de espera. Isso pode ser ilustrado na fala de Luzia:

o conhecimento nos facilita, se não fosse acho que nem estaria viva. Eu cheguei aqui meio dia em ponto, ele (o médico) já tinha ido embora. Aí eu falei que hora ele está aí? “Só na parte da manhã”. Minha filha saiu do serviço, me trouxe e eu cheguei aqui meio dia em ponto. E eu vim aqui na salinha dos médicos, e ele falou pra mim da demora, que ele não podia prometer nada de quando ia ser feita a minha cirurgia, porque a espera aqui é grande, que quando sai um paciente tem mais de 200 pessoas querendo deitar naquele leito, eu entendi tudo isso. (Luzia residente do Município do Rio de Janeiro).

Todavia, em alguns casos, quando o paciente se encontra em estado muito crítico, os médicos acabam “furando a fila” e ultrapassando os que estão normalmente aguardando para serem chamados para cirurgia.

Aqui no Bonsucesso, na realidade eu entrei por *cima*, entendeu! Não tinha nem vaga, tinha 250 pessoas na minha frente. Ele disse: “olha eu vou falar um negócio pra você, nem tem vaga, mas como eu estou vendo que você está muito desesperada, e esse problema seu é muito sério, e a operação é 35 mil reais, eu vou ver se consigo com meu amigo coloque a sua ficha lá, pra você ser operada, porque não vai dar pra você esperar essas pessoas todas. Ele pegou um papel, foi ele mesmo, pessoalmente, me botou dentro do sistema, me

levou lá não sei aonde, não lembro nem mais onde foi e falou: _ “olha, essa aqui é minha paciente (e eu nem era), ela ta com problema sério e tal e tal, e eu quero colocar o nome dela aí”, e fez e aí eu comecei. Isso foi em 2004 (Ana, residente do Município do Rio de Janeiro)

Alguns demonstravam um certo constrangimentos de conseguir a vaga por essa forma:

As pessoas que estão aqui, são tão necessitadas quanto eu. Então eu não vim pra cá com o intuito de entrar na frente de ninguém. Por isso eu disse que o Dr. X seria o meu anjo, mas a minha intenção não é entrar na frente de ninguém, mas quando eu cheguei aqui, falaram você tem um contexto mesmo, aqui são todos iguais. E a gente tem que realmente esperar a vez, e se alguém tem esse problema já não é meu. Vejo, tem gente aqui que fala que estava há dois anos esperando, entendeu? Esperando lá fora pela vaga. (Luzia, residente do Município do Rio de Janeiro).

Assim, mesmo tendo essa visão critica do “passar na frente da fila”, quando doentes, o que mais querem é se verem livres logo da enfermidade. Mesmo diante de toda a precariedade que às vezes o setor passa, os usuários percebem os esforços dos médicos em manter o serviço funcionando com o máximo de qualidade possível dentro dos seus limites institucionais.

Na próxima seção, veremos a percepção dos urologistas do HFB sobre os aspectos que impactam no seu cotidiano profissional, as dificuldades da rede urológica, os limites institucionais e os reflexos tanto para os usuários como os profissionais.

4.6.3 – A Percepção dos Médicos Urologistas em relação à assistência urológica na Região Metropolitana I e no Hospital Federal de Bonsucesso

a) Estrutura da Assistência Urológica na METRO I do Rio de Janeiro e os reflexos no HFB

Os médicos que atuam no setor de urologia, identificaram os seguintes problemas de acesso a atenção urológica na METRO I do Rio de Janeiro:

Posto de saúde tem muito pouco urologista. Principalmente na rede municipal, muito pouco. E quando tem é muito restrito o que eles podem oferecer, e tem que encaminhar qualquer caso mais complexo, tem que encaminhar pra ter algum tratamento. É muito difícil no Município do Rio de Janeiro uma consulta de urologia de primeira vez, porque a demanda é muito grande e os postos que atendem são muitos restritos, os pontos de atendimentos são muito poucos, muito pouco mesmo, e muito mal distribuídos também. Tem muita pouca distribuição de urologia no Município, que pudesse dividir um pouco mais. (Médico I)

Oferta ruim. Tem poucos hospitais no Rio de Janeiro na área metropolitana que oferecem urologia. Na área básica de saúde não conheço nenhum que tenha o serviço de urologia, eu nunca ouvi falar. Os exames que agente precisa, que são exames básicos, acabam sendo feito nos hospitais terciários também, não tem um serviço de biópsia fora de um hospital como o nosso, a oferta é realmente bem ruim (...). A rede básica não disponibiliza urologista em qualquer município. (Médico II)

Eu avalio uma oferta insuficiente. Temos um numero de demanda que eu não tenho dados estatísticos, porque a gente tem carência em dados estatísticos na rede publica, de atendimento, de quantos pacientes são da urologia, quantos são cirúrgicos, a gente não tem nem isso, mas eu consigo perceber pela carência que eu ouço nos hospitais públicos em geral (Médico III)

Eu acho muito ruim. Meu ponto de vista é muito ruim (...) porque posto de saúde tinha que ter urologista, os postos de saúde estão fechados e o Governo bota a UPA, na UPA não vai ter urologista. E a UPA não vai tratar, o que resolveria isso seria fechar as UPAS e botar todos os postos de saúde pra funcionar, com consulta, quem marca consulta com urologista no posto de saúde, não tem quase. (Médico IV)

Embora nos últimos anos a atenção básica tenha aumentado sua cobertura, a atenção secundária não acompanhou esse crescimento, e quando se tem que fazer encaminhamentos para exames ou para profissionais na área de urologia, eles em geral acabam sendo direcionados para atenção terciária. A carência dessa atenção implica no usuário ter que buscar a alta complexidade e com isso se sobrecarrega esse nível de atenção. E isso é indicado na fala do médico II

Eu estou te falando, se aumentar a primária, você vai aumentar o volume pra secundária e provavelmente vai aumentar pra terciária também. Porque você vai aumentar o diagnostico. Vamos supor o câncer de próstata, o câncer de próstata é terciário, mas se você começa a ver mais homens com câncer de próstata...(Médico II).

Na fala dos médicos entrevistados, o HFB, que é uma unidade de alta complexidade, acaba exercendo a função dos outros níveis de atenção, devido à falta de oferta na rede, o hospital acaba acumulando funções que não compete à alta complexidade. Segundo os médicos, nesse nível de atenção o perfil é mais cirúrgicos ou de casos crônicos, que só podem ser acompanhados nesse tipo de atenção:

Tanto que o hospital desse porte não deveria nem ser de atendimento de coisas básicas de urologia, deveria ser já a referência pras outras unidades pra coisas complexas, mas a gente acaba tendo que fazer todo esse papel. Desde a parte básica, de coisas que são: vasectomia, saúde preventiva que ocupam espaço de gente que estaria com mais importância pra ser atendido, a gente ocupa por falta de apoio de outros lugares que deveriam estar fazendo isso aí pra filtrar. (...) A urologia é uma área muito específica, ela tem desde coisa muito básica, ambulatorial, que é acompanhamento de próstata, preventivo, que dizer de muita gente que não tá doente, pra evitar que ela fique doente. Só que isso aí, num hospital que tem que tratar de gente que já está muito doente, a gente ocupa muitos profissionais numa situação que não é propósito, por falta da parte básica que não tem isso. Então o paciente já procura, porque ele já imagina: bom, vou pra um hospital que tenha tudo, porque caso eu tenha uma situação muito séria eu já tô lá. Então o paciente já procura antes de ter o problema, tirando o espaço de pessoas que estão precisando realmente desse hospital pra tratar. (Médico I).

Se você fizer uma triagem, com certeza você vê casos que não precisam estar aqui, aqui a gente faz preventivo de próstata, que não era uma coisa que a gente não precisava fazer aqui, preventivo de próstata aqui! Fazer pesquisa de PSA e fazer toque retal! Não precisa estar num hospital terciário pra fazer isso, isso poder ser feito num posto de saúde e aqui ficariam os casos cirúrgicos. Com certeza, a nossa demanda de ambulatória ia modificar completamente. (Médico II)

Um dos médicos urologistas menciona que este processo não se deve à falta de médico urologista, porque muitos são formados todo ano, o problema está nas condições de trabalho e remuneração para esses profissionais, principalmente na Baixada Fluminense:

Se ele (o urologista) atende o paciente, e o paciente está de sonda e precisa fazer a cirurgia, ele tem que ser operado, se ele não consegue encaminhar pra uma rede cirúrgica pra operar o paciente, o que ele vai ficar fazendo? Trocando sonda. Trocar sonda não é tratamento em nenhum lugar do planeta terra, trocar sonda não é tratamento, raríssimo as situações que você vai ficar trocando só a

sonda do paciente. Então ele vai ficando num nível de angústia muito alto, ele tem um paciente cirúrgico, ele não consegue encaminhar, porque a rede de alta complexidade ou de média poderia fazer e não está dando conta, o funil é pequeno, com isso ele fica com aquele paciente por muito tempo, e vai agregando ansiedade pra ele, porque ele não resolve. O paciente fica incomodado porque não entende o processo que nós estamos conversando de falência, de carência; junta salários ruins, que isso é conhecido por qualquer pessoa, junta com longe do lugar aonde mora talvez, carga horária que talvez seja mais pra aquele salário, junta tudo, e assim ele vai embora. Ninguém aguenta ficar. Não consegue resolver, não ganha muito bem, as condições de trabalho são ruins, é longe da casa, pintou uma coisa melhor, ele vai embora.

Esse é um problema de políticas públicas voltadas para essa área da saúde, que devem priorizar o profissional, ver suas propostas de intervenção e dar meios para que possa exercer sua profissão da forma mais adequada possível. Embora só a partir do ano de 2008 que foi formulada uma política de saúde voltada para o público masculino, vemos que a assistência urológica é deficitária tanto para homens, como para mulheres e crianças. Constatamos esses problemas de acesso com muita frequência na Metro I do Rio de Janeiro, os profissionais dos níveis de atenção básica não conseguem referenciar para a média complexidade, pois essa praticamente não existe, e não encontram vaga no SISREG para a alta porque essas unidades estão com sua lotação máxima. Isto provavelmente colabore pela alta rotatividade de urologistas que não conseguem permanecer nessas unidades e não somente na rede básica, os poucos profissionais que atuam na média complexidade também têm essa dificuldade, como vimos nesse trabalho no caso de Nilópolis, em que a funcionária já havia até encaminhado essa reclamação de falta de vagas para assistência urológica no SISREG para a Secretaria de Saúde do Estado, mas não obteve resposta. O mesmo médico menciona que cabe às prefeituras resolverem esse impasse. Isso pode ser evidenciado na fala do Médico III:

Não existe nenhum tipo de foco no profissional, quem é o profissional que entrou na minha prefeitura? Nova Iguaçu, Nilópolis, Belford Roxo, sei lá. Quem

é? Conhece o profissional? Quem ele é? O que que ele se propõe a fazer? O que eu vou oferecer pra ele pra que possa realmente ajudar o meu paciente? Se ele tá atendendo paciente cirúrgico e não consegue encaminhar, porque ele não consegue encaminhar? Lá na frente não tem quem receba? Não tem quem receba lá na frente, isso é problema administrativo, isso é um problema da Secretaria Executiva da Saúde Pública. Não é o médico que vai resolver, o médico não resolve. O médico se resume a atendimento, diagnóstico e tratamento. Ele não resolve falta de material, ele não resolve falta de hospital pra operar paciente, falta de leitos. Nós não temos capacidade pra resolver isso, nós estamos acumulando esse ônus. De ter que ficar explicando pro paciente que não tem leito, isso não é do médico, o médico tem que explicar qual a doença que ele tem, quais são as formas de tratar, qual o risco que ocorre com aquele tratamento, isso que o médico tem que fazer, e fazer bem feito, e ele não está conseguindo fazer. (Médico III).

Diante disso, fica claro na fala dos médicos o êxodo dos usuários da baixada fluminense para o HFB, por falta na rede de assistência urológica para os usuários desses municípios:

Uma coisa que atrapalha muito aqui em Bonsucesso e no Rio de Janeiro inteiro, o quê não funciona? É o quê? É a Baixada inteira que tem atendimento precário, mínimo e vem todo mundo pra cá. O que o SUS prega pro pessoal da Baixada em resolver o problema deles, o que acaba que sobrecarrega a gente. Se for ver o nosso ambulatório é todo mundo Nova Iguaçu, Belford Roxo, Caxias. Os doentes que estão aqui internados, se você for ver, ninguém mora aqui perto, é todo mundo de longe (...) Vêm muitos doentes de Caxias, Belford Roxo porque lá não faz biópsia de próstata guiada, não faz biópsia de próstata. Aqui a gente faz. Mas aí os nossos pacientes começam a reclamar por que a fila está muito grande, a espera está grande, mas é porque a gente tem que absorver os doentes de fora. (Médico IV).

Ao avaliarem como é feita sobre a regulação da atenção básica e média complexidade, os profissionais opinam que esses serviços são insatisfatórios, e muitos não tem informação da rede secundária.

Eu avalio como desastrosa, uma rede básica deficitária, com poucos especialistas, na maioria médicos clínicos, unidades de pronto atendimento como UPAS, eles fazem um atendimento de superficialidade das doenças, basicamente medicando com remédio pra dor, com antibióticos se há suspeita de infecção, dá-se uma guia de referencia sem o devido cuidado de quê que está acontecendo direito, porque ele não tem a devida capacidade pra fazer

isso e ele cai nesse rede pública que não tem esses serviços de média e alta complexidade. Então ele não vai conseguir; então ele vai acabar o quê? Piorando a doença e cair numa emergência. Uma emergência que tenha um suporte, por exemplo aqui. Temos uma emergência grande que tem acesso a cirurgia, ao serviço de urologia, todas as especialidades médicas, então o indivíduo cai na emergência e seu problema resolvido.(Médico III).

Eu não nem sei o que seria a nossa rede secundária aqui. É a Upa da Maré, é isso?(Médico II)

Os médicos alertam para os agravos na saúde dos usuários em virtude da demora dos usuários serem encaminhados para um serviço especializado em urologia.

Eles chegam muito avançados, né! Que é um outro fator muito importante, como os pacientes estão peregrinando, tentando chegar a alguma assistência, muitos estão na realidade esperando a coisa piorar e as vezes chegam no pronto socorro, pra ser visto por um clínico, nem é um urologista que na primeira vez que faz o atendimento. E aí muitos casos chegam aqui pra gente como casos muito avançados, muito complexos em termos de cura, e a gente que ser eventualmente até paliativo. (Médico I)

Talvez a gente conseguiria com certeza salvar mais vidas, ter melhores resultados menos pessoas morrendo, porque a gente pega muito tumor de bexiga avançado, muita gente que já perdeu o rim com cálculo que descobriu em cima da hora no final, quando foi ver já tinha perdido o rim. Então tem muitos casos que a gente pega, que são pacientes que são diagnosticados tardiamente. Esses pacientes se fossem diagnosticados antes talvez tivesse um resultado melhor no tratamento. (Médico II)

Isso é conhecido, um cálculo que você tem de um centímetro no seu rim, causa um tipo de problema, se esse calculo atingir três centímetros ele vai causar um outro tipo de problema. Se esse cálculo de três centímetros obstruir o seu rim e tiver uma infecção associada,você pode perder o rim. Então uma pequena coisa, se não tratada, vai se tornar um grande problema no futuro. (Médico III)

Vemos nessas falas que falta de acesso ao serviços em urologia, acabam resultando em um efeito contrário do que estabelece a legislação do SUS, que visa redução de riscos de doenças e de agravos e que para isso, tem que se estabelecer “condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”(Lei 8.080, Art.2º).

Assim, o acesso incompleto na rede de assistência urológica do SUS não funcionava da forma idealizada pela legislação, a integralidade entre os níveis do sistema é deficitária. Principalmente pela pouca oferta de serviços que poderiam ser acompanhados pela média complexidade, mas esse nível de atenção, como já vimos, está cada vez mais precário, forçando assim as unidades de alta complexidade a assumir mais essa função.

b) Acesso ao serviço de urologia do HFB: o jeitinho versus direito

As formas oficiais de se ter acesso à assistência na urologia são: pela emergência, pelos encaminhamentos internos de outros setores e quando há vaga disponibilizada pelo SISREG, que por vezes é suspenso, por falta de condições de absorver mais pacientes. Vejamos as palavras do médicos quanto a essas formas de inserção no setor:

O problema é nós termos entrada pela emergência, entrada pelo ambulatório, entrada por vias extras, para além do ambulatório e emergências, que não são contabilizadas formalmente (Médico III)

A porta de entrada nossa é na emergência, via ambulatório. *Normalmente marcação via ambulatório, a gente tem uma porta de entrada que é via a nossa chefia, alguns casos por exemplo que vocês veem via serviço social, ou alguns casos que acabam entrando via chefia.* Porque a gente acaba fazendo um certo tipo de triagem, porque os pacientes, você sabe bem disso, eles tem livre acesso aqui no hospital, a gente não tem nenhum tipo de segurança, não há nada que impeça a entrada do paciente aqui. Então a nossa triagem não tem como ser organizada, porque ela não tem como ser. Os pacientes vêm, eu estou andando aqui no corredor e três vão me parar aqui. Então a nossa triagem acaba sendo dessa forma: “ Ahh dr, eu tenho isso, eu tenho isso”. A gente vai atendendo e vai selecionando de uma certa forma o paciente que tem o perfil ou não, e ele vai para o ambulatório. Então a porta de entrada é o ambulatório, a emergência e alguns casos selecionados que acabam vindo via ouvidoria, se bem que via ouvidoria não é porta de entrada, porque já são casos que estão incluídos no sistema.(Médico II)

Claro que tem aquela porta de entrada: “Ah tem uma enfermeira: ‘minha mãe tá sangrando em casa’, traz sua mãe aqui que a gente dá uma olhada e acaba entrando. (Médico IV).

Diante dessas falas vemos as diversas formas que os pacientes que tem acesso incompleto buscam atendimento em urologia. Seja das formas convencionais do sistema, ou através de algum conhecimento (VIDAL, 2006). Segundo os médicos, diferentes de outras unidades federais, o Hospital Federal de Bonsucesso é de fácil acesso para os usuários encontrarem com os médicos urologistas, como vimos na fala do médico II. O jeitinho usados pelos usuários, que força o contato pessoal com esse profissional de urologia, que por ética médica não pode negar atendimento ao casos que chagam para ele, principalmente se forem situações graves. Nesta condição, se por um lado o usuário acaba relatando o seu caso e seu perfil for absorvido, ou se vai ficar na longa fila de espera ou dependendo do caso ser passado na frente de outros, tudo isso é um impasse para o profissional que não tem como fazer a recusa diante de uma dada situação, mas tem a cobrança dos que estão esperando para serem chamados. E como solução para não se ter essa demanda, os médicos entendem que o serviço de acesso à unidade deveria ser mais rígido, para que ele pudesse somente atender as demandas que já estão na unidade ou aquelas encaminhadas internamente:

Aí é uma coisa de doido, imagina assim, quando você chegar você se choca, aí depois você consegue entender como que é o hospital. O hospital é isso, é uma grande válvula de escape do Sistema. As pessoas vêm pra cá e entram, sobe. Não adianta lutar contra isso, não tá na mão do médico, do residente que tá lá trabalhando, isso tá na mão da direção. A partir do momento que bota uma catraca, que só quem entra é quem trabalha e o paciente que vai ser internado, aí tá ótimo, aí as coisas mudam, mas aqui no hospital não é assim, aqui no hospital entra quem quer, sobe quem quer. Paciente depois que chega no médico, o médico não pode simplesmente virar as coisas e ir embora. Eu não posso virar as minhas costas pra um paciente que eu sei que é grave, até porque está no meu código de ética e é uma coisa minha, eu posso virar as costas, eu não posso selecionar negativamente, “eu não posso absorver você”

isso pra mim é impossível, então a nossa porta de entrada acaba sendo dessa forma. (Médico II).

Um hospital desse tamanho, dessa complexidade tinha que ter um filtro muito antes pra vir o caso de um indivíduo que realmente tenha um problema no rim e que aqui é o lugar pra ele tratar. Mas como isso não acontece a sobrecarga é imensa (Médico I)

Embora possa se criticar essa fala no sentido de restrição de acesso, infelizmente essa é uma realidade nas unidades de saúde. Devido à demanda tão grande, o profissional tenta limitar o acesso, como uma estratégia de não ter que lidar diária e diretamente com as falhas desse sistema no seu cotidiano profissional, trata-se de um claro reflexo das expressões da questão social que emerge na demanda dos usuários.

Na minha observação e nos dados que aqui foram mostrados, apenas na planilha dos pacientes aguardando por cirurgias, tínhamos cerca de quatrocentas pessoas, fora os que são os acompanhamentos de rotina nos ambulatórios. Alguns médicos relatam uma certa disputa de pacientes com questões básicas com casos mais complexos, pela agenda de consulta com o profissional.

Na seção seguinte, veremos como estes profissionais vivem com problemas institucionais que não colaboram para o máximo de potencial possível que o setor pode oferecer.

c) Principais problemas do Setor de Urologia do HFB.

O serviço de urologia do Hospital Geral de Bonsucesso, segundo a fala dos médicos, tem treinamento, residentes, profissionais qualificados, que atuam em todas as áreas da urologia, e por ser uma unidade de alta complexidade, trata casos de

câncer, transplantes, urologia infantil e adulto, com cirurgia endoscópica e por videolaparoscopia. Na palavra dos médicos:

Então dentro do município do Rio de Janeiro a urologia de Bonsucesso tem uma atuação bem complexa e abrangente, procurada por residentes por ser um lugar conceituado. E dentro da rede dos hospitais federais tem talvez um dos melhores serviços de urologia, porém com um gargalo grande que é o centro cirúrgico. Tem bastante casos cirúrgicos, só que não consegue fazer tanto, assim, muitas cirurgias que precisaria realizar pela procura (Médico I).

A gente tem os nossos pacientes aqui, mas de alguma forma esses pacientes que estão nessa fila esperando, descobrem que aqui tem um serviço de urologia que funciona, e vem procurar a gente. E a gente muita das vezes não tem como dizer não para o doente. Entende? Da mesma forma chega um paciente com câncer, um paciente perdendo o ruim, como é que eu vou dizer pro doente: “não. Vai embora, vai procurar outro lugar!”. Acaba entrando na nossa fila, a gente inclui ele no ambulatório, a gente não tem como dizer “não”, como é que a gente vai dizer não?! Eu sei que ele não vai conseguir em outro lugar. O nosso gargalo não é o ambulatório, o nosso gargalo é a cirurgia. A gente não consegue operar o volume de pacientes que procura a gente. A gente não consegue por diversos motivos: por falta de sala, por falta de anestesista, falta de CTI. (Médico II)

Segundo a fala de alguns médicos, a emergência de porta aberta do HFB, é um grande problema para o andamento da fila de espera por procedimento, uma vez essa demanda é constante. Além disso, por mais que o setor esteja fechado para vagas pelo SISREG, como vimos, os pacientes continuam sendo inseridos pelas diferentes formas já indicadas aqui.

É possível destacar da fala dos médicos os seguintes problemas:

- Falta de recursos humanos, principalmente falta de médico anestesista;
- Falta de equipamentos, como por exemplo o Arco em C.

O arco em c, a gente precisa de usar raio x durante a cirurgia toda, tinham três, só tem um, os outros dois estão quebrados desde o ano passado, estão quebrados e ninguém conserta. E a fila não anda, tanto é que a gente tá operando aos sábados pra fazer a fila andar. E a gente teria que usar o arco c pra operar cálculo todo dia, e o arco c só é nosso na quinta-feira de manhã, que

no outro dia é da ortopedia, outro dia é da vascular, outro dia da neuro (Médico IV)

- Falta de salas no Centro Cirúrgico;
- Falta de CTI;
- Falta de Insumos (fio, clipe) etc;
- Demora na realização de exames de imagem, etc;
- O gerenciamento dos leitos, na medida em que muitos pacientes da emergência sem perfil da urologia vão para as enfermarias para diminuir a superlotação da emergência. E isso acaba resultando em críticas por parte dos profissionais:

Nós temos a nossa fila, nós temos os nossos pacientes pra prestar contas que estão esperando na fila de espera, nossos pacientes que nos cobram. E aí a gente perde a autonomia de um leito nosso, como se a gente tivesse fazendo mal uso de um leito nosso e não é isso que está acontecendo, a gente maneja o nosso leito de acordo com o nosso programa de cirurgias, e aí você chega lá e de repente você tem um leito que é pra internar uma curta permanência num hospital onde a curta permanência não existe, porque você tem a emergência, você tem uma série de coisas (Médico II)

Por serem poucos os locais que têm oferecem assistência urológico-cirúrgico, o HFB tem uma longa fila de espera para cirurgias, sendo isso considerado o principal entrave para atender um maior volume de usuários. Embora isso seja de fato uma realidade imediata, notamos que da forma que está configurado o sistema de assistência em urologia no HFB, esse problema da fila de espera reflete questões maiores, como por exemplo, a baixa assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Por mais que queiram atender um maior número de paciente, a oferta de serviço é limitada, e essa fila não vai parar de crescer enquanto não for estruturada a rede de assistência em urologia.

Enquanto isso, diante da fila de espera, os profissionais da urologia do HFB estabelecem como objetivo atender os casos mais graves e com melhores condições de cura na cirurgia. Diante da dificuldade de se realizar exames, até mesmo na instituição, os médicos optam por internar esse paciente, para acelerar a realização dos exames pendentes e avançar o atendimento. No entanto, alguns casos mais graves acabam tendo que ser atendidos antes, principalmente os da emergência, e acabam por adiar algumas cirurgias eletivas, elevando o tempo de internação nas enfermarias. Estes pacientes, por sua vez, mesmo passando por o stress de ter que esperar pela cirurgia, acabam ficando, com o medo de perder aquela vaga “conquistada”, e não serem mais chamados e voltarem para a fila de espera. Diante dessa grande demanda, foi questionado se muitos dos usuários da urologia do HFB tiveram o seu quadro de saúde agravado devido à demora por atendimento. E tivemos como resposta:

Seguramente, é o mesmo processo. A gente tem uma fila, essa fila é uma fila única, mas você tem fora dessa fila pacientes com mais gravidade. Que estão em situações mais crítica e que precisam ser resolvidas primeiro. Aí você classifica por risco: se você tem um paciente com câncer avançado você tem que resolver logo, ele ganha prioridade frente a outras doenças benignas: cálculo, doenças de próstata benignas, entre outras patologias, incontinência urinária na mulher. Isso tudo . Infelizmente é forçado a se conduzir como se fosse um serviço de emergência. O que tá mais grave e o que está menos grave. É instintivo, né? É instinto.(Médico III)

Além disso, o ambulatório não consegue diminuir sua demanda, mesmo que o usuário já tenha sido tratado, pois tem com medo de perder o acesso a instituição que lhe ofereceu o serviço que precisava e não quer mais passar por toda a peregrinação percorrida que passou até chegar ao Hospital de Bonsucesso.

Nossos pacientes raramente tem alta, os pacientes não tem alta por vários fatores: primeiro aquilo que você falou **não tem a contrarreferência, eu não posso mandar ele pra rede pública básica pra seguir ele isso não existe. Não existe a contrarreferencia para os outros níveis, não tem para onde mandar. Segundo o paciente sente isso também, ele sente que se não**

manter o pezinho dele aqui ele tá roubado. Então ele tem que manter o pé dele aqui, o vínculo dele aqui. Não pode perder de jeito nenhum, agente tenta dá alta, uma coisa que eu tentei uma época dar alta para os pacientes, mas encontrei muita resistência. Então você fez uma nefrectomia é uma doença benigna, o outro rim tá bom, agora agente pode acompanhar isso com ultrassom uma vez por ano, vê se tá tudo bem, cuidar da saúde como um todo, não precisa ficar mais vindo aqui no urologista. **Os pacientes tem muita resistência, eles têm pavor.** De sair do hospital que realmente pode resolver o problema dele. (Médico III) (Grifos meus)

A gente **não tem uma contrarreferência**, a gente não opera o doente e devolve, porque a gente não tem pra quem devolver. Não ninguém que vai acompanhar esse doente. (Médico II). (Grifos meus)

E aí agente tem uma dificuldade muito grande as vezes, tem uma mulher com um cálculo pequenininho de ureter, agente operou, não tem mais cálculo é alta, não precisa mais voltar. aí o doente fala: **“dr eu não quero ir embora o senhor tem que me marcar nem que eu volte ano que vem, porque eu não posso perde esse atendimento aqui, porque se um dia eu tiver um cálculo de novo eu vou ter toda essa saga de vir pelas emergências** e não sei o que lá, e aí tem essa discussão as vezes grande aqui. Todos os staffs tem historia. Tem historia uma vez aqui que agente deu alta pra velhinho que não tinha mais que acompanhar com agente, ele tava curado. E ele veio no dia seguinte chorando com presente, com uma meia e um vinho, falando: **“dr. Eu preciso que o senhor fique me vendo todo ano, não me abandona”**, é assim. Porque ele não tem a saúde básica. Se eu precisa operar algum dia de novo eu tenho o hospital geral de Bonsucesso. (...)o homem acaba ficando por causa da próstata, cura uma coisa, cura outra, mas ele ainda tem a próstata. Agora o tumor de rim, enquanto cirurgia de tumores de rim é alta, só que agente não consegue dar alta. É aquilo: “não dr eu não posso ter alta, se um dia eu precisa eu tenho que tá aqui ainda acompanhando”. Aí a maioria volta só ano que vem, pra ver. (Médico IV) (Grifos meus).

Vemos nas falas dos médicos a dificuldade de contrarreferenciar o usuário por não ter esse suporte na média complexidade, e também pela própria insegurança dos usuários em receber alta, para não perder o vínculo devido a dificuldade de ter acesso esse serviço. Assim, vemos que diante da escassez de ofertas de serviços nos outros níveis de atenção acaba por sobrecarregar a alta complexidade.

Nesta seção final, portanto, abordamos os problemas da assistência urológica a partir da visão dos profissionais e dos usuários do Hospital Federal de Bonsucesso, que nos forneceu uma série de detalhes sobre as implicações, dentro do hospital, da fragilidade do conjunto dessa assistência em toda a Região metropolitana I do Rio de

Janeiro. E a impressão que ficou é de que essas limitações e processos ocorrem em outras especialidades e em outras unidades deste mesmo nível de atenção, a da alta complexidade.

Considerações Finais

Nesse trabalho de monografia, buscamos compreender a assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, uma vez que diante das observações em campo de estágio em uma unidade de alta complexidade, foram percebidos problemas de acesso incompleto aos cuidados nesta especialidade nas falas dos usuários, principalmente oriundos dessa região. E estes se dirigiam ao Hospital Federal de Bonsucesso em busca de atendimento, pois não conseguiam nos outros níveis de atenção na rede de saúde.

Na pesquisa com os municípios que compõem a Metro I do Rio de Janeiro, pudemos constatar a baixíssima oferta de serviços na assistência urológica, na rede básica e principalmente na atenção secundária. Vimos que no município do Rio de Janeiro só existem duas policlínicas com atendimento em urologia, que fazem parte da média complexidade. Segundo as falas de reguladores do SISREG, a principal forma de se ter vagas para essa especialidade, é a contrarreferência dos pedidos da atenção básica direto para unidades de alta complexidade, quando estas disponibilizam vagas no sistema, ou seja, não tem como referência unidade de média complexidade.

Notamos também que na Baixada Fluminense a assistência urológica é incipiente. Há na maioria dos municípios a falta desse profissional, os locais que o têm praticamente o direcionam para atendimento de primeira vez ou de rotina. Há uma grande dificuldade por parte das unidades básicas de conseguir vaga para urologia no SISREG, pois não conseguem encaminhar para unidades de média complexidade. Frequentemente, os próprios usuários é que tem que buscar agendar por telefone, ou se dirigir a uma outra unidade, ou seja, não há um devido acolhimento dessa demanda

na atenção básica, que não consegue implementar mecanismos para deixar o usuário devidamente encaminhado para outros níveis de atenção.

Diante de tal carência de serviços em urologia, muitos usuários acabam fazendo verdadeiras peregrinações nas mais diversas unidades de saúde, principalmente nas de grande porte do município do Rio de Janeiro, nos quais a maioria das ofertas de assistência urológica se encontra na atenção terciária, ou seja, na alta complexidade. E estas, segundo o Datasus, acabam exercendo a função dos três níveis de assistência. Desta forma, a precarização e a desorganização do sistema de saúde acaba provocando a violação sistemática dos direitos dos usuários, que são formalmente assegurados por lei:

I. a universalização do acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção; II. Integralidade de assistência, que é entendida como um conjunto de articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei 8.080/90).

Vimos então que os princípios do acesso integral e da integralidade ainda tem muito que avançar em nossa sociedade e em seu sistema público de saúde. Na fala dos usuários, constatamos as inúmeras e dramáticas dificuldades encontradas em busca por atendimento em saúde em geral, desde o preventivo na rede básica até os casos que necessitem de abordagem de especialidades como a assistência urológica. Tais dificuldades de acesso forçam esses usuários a utilizar o “jeitinho”, que é um conjunto de formas não oficiais e indiretas de ultrapassar os vários filtros de acesso formal ao sistema, para conseguir atendimento para suas necessidades de saúde. Muitos utilizam algum conhecimento pessoal direto ou indireto para conseguir o acesso

que não foi disponibilizado pelo sistema de referência e contrarreferência desde a rede básica e, em alguns poucos casos, na média complexidade.

Por meio dessas estratégias, alguns poucos usuários conseguem acessar os serviços de alta complexidade, como por exemplo, o setor de Urologia do HFB. Diante do que foi exposto, embora ofereça serviços especializados em todas as áreas da urologia, o setor passa por inúmeros problemas que o impedem alcançar o potencial que esse serviço teria para oferecer. Nas falas dos médicos, fica claro a insatisfação quanto às condições de trabalho e a baixa valorização do profissional na unidade. Além disso, os médicos demonstram certo desconforto quando são abordados pelos usuários nos corredores, em busca de atendimento. O jeitinho usado pelo usuário, nesse processo, é forçar o contato pessoal com o médico, que por ética médica, não pode negar o atendimento, particularmente nos casos graves.

Nas entrevistas ficou claro, tanto na fala dos usuários como na dos médicos, a falta de uma rede estruturada, nos níveis básico, médio e de alta complexidade na assistência urológica, implicando em outro descumprimento do princípio da lei 8.080, “sobre a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. Esta realidade resulta na sobrecarga das unidades de alta complexidade, que não conseguem dar a resposta devida aos usuários, porque a demanda é maior que a oferta de serviços. Segundo os médicos e alguns usuários entrevistados, a demora nas ações assistenciais e preventivas, levam ao agravamento e ao aumento do risco para a população. E mesmo inserido na unidade de alta complexidade, devida a grande fila de espera, esses agravos também ocorrem, devido à superlotação no ambulatório e à longa fila de espera para as intervenções cirúrgicas.

Este trabalho propôs realizar uma avaliação e discussão mais ampla sobre a estruturação da rede de assistência urológica na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, e tendo em vista a condição difícil do SUS como um todo na atualidade, acreditamos que seus resultados podem ser comparados e mesmo constatados também em outras regiões do país. É importante levar a reflexão sobre esses problemas em vários espaços do SUS e para seus atores sociais relevantes, como os usuários, profissionais de saúde, gestores, que lutam por uma saúde que se torne mais efetiva quanto ao acesso universal e à integralidade nas ações. E que não mais se precise utilizar o “jeitinho” para se obter o acesso aos serviços de saúde, mas sim que este seja efetivamente garantido para toda a população, como um direito inerente de sua condição de cidadania.

Referências

ALVES, Ana Paula Ferro. **Região Metropolitana I: saúde em descompasso**. Mestrado em Política e Planejamento em Saúde. NESC/UFRJ, 2004.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Revan/FAPESP, 2000.

BATISTA JUNIOR, Francisco. Política de Saúde no Sistema Único de Saúde. **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização**/ Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Redes Sirius, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Políticas sociais no governo Lula: uma reflexão**. Revista Inscrita. Conselho Federal de Serviço Social: CFESS, ano VI, n.IX, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 118 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Principais Problemas Para a Reorganização do SUS na Região Metropolitana I. **Plano regional – Reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 86 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I: Estado do Rio de Janeiro: participar para conhecer!** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 52 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências)

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Breve Histórico da política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as Diversas Crises Vivenciadas no Setor. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____, Maria Inês Souza & et al. Lutas Pela Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Luta Pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 96 p. il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos).

_____, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde no Governo Lula. In: Bravo, Maria Inês Souza [et al.] (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

_____, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: Bravo, Maria Inês Souza [et al.] (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de saúde e Serviço Social.** IN: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Serviço social e políticas sociais. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade/** Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge de. **A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde** / Rio de Janeiro: UFRJ/ IEI, 1989.47p. – (Texto para Discussão/ IEI/UFRJ; n.216).

GOMES, Leonor Maria da Silva. **Perfil dos Pacientes Atendidos pela Clínica de Urologia do Hospital Federal de Bonsucesso – Uma Abordagem do Serviço Social**. 2008. Pôster apresentado no 48º Congresso Científico do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE em 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4 ed – São Paulo: Cortez, 2001.

MACHADO, Katia. **Seminário discute o conceito de integralidade nas praticas de saúde**. Revista Radis 12. Agosto/2003.

MATTOS, Ruben Araujo. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

_____, Rubem Araujo. **A integralidade na pratica (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/Abrasco, 1994.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Os Governos do PT e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização**/ Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Redes Sirius, 2014.

MORAES, Alice Ferry de. **Jornal - Fonte de Pesquisa. O uso da informação jornalística por pesquisadores para a produção de conhecimento da Universidade**. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação – UFRJ/IBICT. 165p.

NOGUEIRA, Vera Mª R. & MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete (et al.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p.218-241.

OLIVAR, Monica Simone Pereira. **Trabalho e Saúde: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar**. Dissertação de Mestrado. UERJ, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PEREIRA, Carlos. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989. Dados, Vol 39 no.3 Rio de Janeiro, 1996. Artigo. Site Scielo. Acesso em 08/03/2015.

REIS, Cássia Barbosa & ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica**. Artigo. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. p: 61-70.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: Bravo, Maria Inês Souza [et al.] (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde** In: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ministério da Saúde, São Paulo: Cortez, 2006. p.242-272.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual operativo para pesquisas interdisciplinares e interparadigmáticas**. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. 3. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2007:129-314.

VIDAL, Dolores Lima da costa. **Demanda reprimida: estudo do acesso às ações e serviços de saúde públicos de média complexidade no Município de campos dos Goytacazes - RJ**. Dissertação de mestrado. UERJ, 2006.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2001.

Sites Consultados:

www.bvsms.saude.gov.br,

www2.datasus.gov.br,

www.hgb.rj.saude.gov.br/

www.sburj.org.br/

Apêndice nº 01

Dossiê de Ética em Pesquisa

Projeto de Pesquisa: Acessibilidade e integralidade no SUS: estudo de usuários da área de urologia em um hospital de alta complexidade

Pesquisadores: **Eduardo Mourão Vasconcelos** (orientador e coordenador da pesquisa)
Léa Silvia Figueiredo dos Santos (orientanda e pesquisadora/ entrevistadora)
Escola Serviço Social - UFRJ

Introdução

O presente projeto de pesquisa terá como referencial ético de análise as normas propostas pela Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, intitulada “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”. Consideramos que os temas de ética em pesquisa relevante para a presente investigação são:

a) Relevância

A proposta dessa pesquisa é de grande relevância acadêmica e assistencial, uma vez que tal temática consiste em identificar a estrutura desta atenção específica de saúde e os seus impactos sobre a saúde dos usuários. Parte das percepções dos usuários e profissionais sobre o acesso e a integralidade da atenção à saúde de urologia, possibilitando compreender os dilemas que esses sujeitos sociais se confrontam no cotidiano da unidade. Com os resultados alcançados pretende-se contribuir com estratégias de intervenção tanto para o serviço social quanto para os demais profissionais envolvidos na unidade e na rede, em espaços de controle social, gestores e profissionais. Além disso, tal estudo contribui para a produção de conhecimento para essa especialidade e para a saúde pública em geral.

Sendo assim, o serviço social, sendo norteado pelo projeto ético-político da profissão, cumpre o seu papel de dar visibilidade às necessidades e aos direitos sociais dessa demanda, que são muitas vezes negligenciados no cotidiano dos que buscam por atendimento no SUS. Assim,

nesse projeto, pretende-se colaborar na discussão dessa problemática e subsidiar as ações tanto do serviço social como de outros atores sociais no campo em estudo.

b) Consentimento livre e esclarecido dos participantes na pesquisa

A participação na pesquisa será precedida de ampla informação com relação à justificativa e aos objetivos da coleta de dados. No ato, será entregue um documento de consentimento livre e esclarecido, em linguagem acessível, em que constam as condições de participação na pesquisa. Como o método de registro da entrevista será mediante gravação de áudio, no termo constará a opção de que, caso o entrevistado deseje interromper a gravação em alguma parte da entrevista ou de forma definitiva, poderá solicitá-lo à entrevistadora. Além disso, será garantida a liberdade do participante em se recusar a participar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer prejuízos nas relações profissionais com a pesquisadora e com a instituição.

c) Sigilo e confidencialidade

Será garantido aos usuários e aos profissionais informantes o sigilo e a confidencialidade dos dados pessoais, respaldando esta garantia através do termo de consentimento livre e esclarecido, onde este compromisso está expresso.

d) Riscos e benefícios

Pesquisas envolvendo seres humanos podem levar a eventuais riscos, que podem ser tanto de identificação quanto de exposição individual ou coletiva. No entanto, nesse projeto há estratégias para controlar e evitar tal risco. Além disso, este eventual risco é compensado pela possibilidade de se gerar conhecimento que visem entender o problema de acesso e integralidade na atenção urológica, e com os resultados fomentar a discussão nessa temática, tendo como desdobramento prevenir ou aliviar o sofrimento dos usuários.

e) Devolução dos resultados obtidos na pesquisa.

O retorno do estudo realizado se dará mediante a entrega de duas cópias do Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda, sendo uma enviada à Biblioteca do CFCH/ UFRJ (Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro), e a outra cópia à Biblioteca do CEAP/ HFB (Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional do Hospital Federal de Bonsucesso). Além disso, a autora se compromete a expor os resultados em apresentação na instituição, desde que convidada para tal.

Apêndice nº 2

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Pesquisa: “Acessibilidade e integralidade no SUS: Estudo de usuários da área de urologia em um hospital de alta complexidade”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidada (a) para participar da pesquisa “*Acessibilidade e integralidade no SUS: estudo de usuários da área de urologia em um hospital de alta complexidade*”, que tem como objetivo analisar como esses princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão sendo vivenciados pelos usuários que buscam essa especialidade e os desdobramentos no processo saúde-doença. Pretende-se também analisar a percepção dos usuários e dos profissionais que atuam no ambulatório e na enfermaria de urologia, quanto aos casos individuais e ao modelo de assistência.

Suas informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas porventura referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados no trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro da aluna Léa Silvia Figueiredo dos Santos.

A sua participação é voluntária, e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação nesta pesquisa se dará através de perguntas abertas sobre o tema mencionado acima, tendo como método de coleta dos dados a gravação de áudio, que poderá ser suspensa de forma parcial ou definitiva caso o entrevistado solicite a pesquisadora, quando o registro se dará apenas por escrito.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se ao conhecimento que poderá ser produzido sobre a importância de uma Política de Saúde norteadas pela universalidade de acesso e Integralidade na atenção urológica. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/email e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____ abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

(nome do entrevistado)

(assinatura)

(nome do pesquisador)
(assinatura)

Coordenador da Pesquisa: Eduardo Mourão Vasconcelos.

Pesquisadora: Léa Silvia Figueiredo dos Santos

Apêndice nº 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS

Nome:

Sexo:

Idade:

1. Qual o histórico da doença e do tratamento?
2. Como avalia o acesso aos serviços no SUS (consultas, acesso a exames), nesta área da urologia, na sua vida?
3. Quais as dificuldades de acesso que teve?
4. A dificuldade tratamento de acesso à prevenção e tratamento tiveram alguma consequência na sua saúde na urologia?
5. Quantas instituições você percorreu até chegar ao HFB, ou seja, em uma unidade de alta complexidade?
6. Como conseguiu ingressar nesse hospital?
7. Após a alta, foi esclarecido sobre a rede de assistência e encaminhado para outra unidade de saúde?
8. Como você vê o papel do serviço social na saúde nesse contexto da rede de saúde e dos serviços que você frequentou?
9. Quando e como você teve acesso a informação sobre doenças urológicas e as estratégias de prevenção e tratamento?
10. Em caso de usuário do sexo masculino. Como você avalia a resistência de homens em busca de avaliação e prevenção dos problemas de próstata?
- 11.** Alguma questão adicional?

Apêndice nº 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de formado: _____

Vínculo empregatício: _____

1. Como avalia a estrutura dos serviços da Urologia do SUS no Município do Rio de Janeiro?
2. Quais os perfis epidemiológicos, sociais e a evolução das doenças dos usuários que ingressam nessa unidade de alta complexidade?
3. Os quadros agravados poderiam não chegar a esse estado se tivesse uma assistência na atenção primária e secundária?
4. Como é a porta de entrada e o tratamento para os usuários da Urologia do HFB?
5. Qual a sua percepção sobre a regulação de vagas pelo NIR (Núcleo Interno de Regulação)?
6. E a saída, existe alguma articulação com os outros níveis?
7. Mantêm o HFB alguns tratamentos devido a falta de suporte dos outros níveis de atenção?
8. Como você avalia a carga de demanda e tratamento no ambulatório devido à falta de suporte dos outros níveis de atenção?
9. Quais as consequências da demora no atendimento na alta complexidade em urologia no HFB?
10. Quais os critérios de classificação de risco e agravos para estabelecer prioridades da demanda?
11. Existem metas a ser alcançada pelos profissionais de acordo com a patologia?
12. O Sr. teria alguma questão adicional que acha importante se abordada sobre esse tema?

Apêndice nº 5- CARTA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CARTA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

À Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso

Assunto: Pedido de prorrogação para término da pesquisa (CEP-HFB 05/11)

Título do Projeto: “Acessibilidade e integralidade no SUS: estudo de usuários da área de Urologia em um hospital de Alta Complexidade”.

Ciente de ter ultrapassado os prazos do cronograma para conclusão da pesquisa, venho justificar que tal não foi concluída por motivo de saúde, o que me impossibilitou de retornar para as atividades acadêmicas e consequentemente na conclusão da pesquisa.

Ao retomar a temática houve a necessidade de atualizar alguns dados devido às mudanças ocorridas na política de saúde do Estado do Rio de Janeiro, no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), e principalmente no setor de urologia da unidade, nesse período (2011-2014).

Neste momento, estou em vias de finalizar a análise das entrevistas que foram realizadas no ano de 2011. Diante disso, solicito a prorrogação até o mês abril de 2016 para o término do trabalho, mas gostaria de reinterar que há a possibilidade da conclusão ser realizada antes desse prazo.

Atenciosamente,

Léa Silvia F. dos Santos

Léa Silvia Figueiredo dos Santos

Rio de Janeiro, 18 de março de 2016.

Recebi em
18/03/16

Marília A. Gonçalves
Matrícula: 1744181
Secretária do CEAP - HFB
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 01 - PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HFB 05/11



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HFB 05/11

<p>Coordenadora: Cristina Carvalho Viana de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Vice-Coodenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica)</p> <p>Secretária Executiva: Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga)</p> <p>Membros: Antonio Abílio Pereira Santa Rosa (Médico) Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santalucia (Médico) Gustavo Antonio Soares Nogueira (Assistente Social) Juliana Flávia de Oliveira (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Sandro André Ferreira da Silva (Fisioterapeuta) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "Acessibilidade e integralidade no SUS: estudo de usuários da área de Urologia em um hospital de alta complexidade."</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Léa Silvia Figueiredo dos Santos; Eduardo Mourão Vasconcelos</p>	<p>Rio de Janeiro, 07 de abril de 2011.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso, após o atendimento das pendências, considerou o projeto (CEP-HFB 05/11) aprovado, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Solicitamos que ao término da pesquisa seja encaminhada a esta Comissão uma cópia eletrônica (CD-R) e uma impressa do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p><i>Sonia Paredes de Oliveira</i> Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Vice-coordenadora do CEP-HFB</p> <p>Dr. Sonia Paredes de Oliveira CRM 52.232-1</p>
--	---

Anexo 02- CADASTRO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO NO CNES

		Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES		MS / SAS DATASUS	
Comprovante de Cadastro e Situação Cadastral					
CNES	CNPJ/CPF	CNPJ Mantenedora	Data do Cadastro	Data da última Atualização	
2269880	00394544020291	-	30/11/2001	9/3/2015	
Razão Social:					
MS HGB HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO					
Nome Fantasia:					
MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO					
Logradouro:				Número:	
AV LONDRES				616	
Complemento:				Bairro:	
PREDIO 4 5 ANDAR DG				BONSUCESSO	
Município:				UF:	
RIO DE JANEIRO				RJ	
Tipo de Estabelecimento:					
HOSPITAL GERAL					
Natureza da Organização:	Atendimento Prestado:	Esfera Administrativa:	Fluxo de Clientela:	Nível de Hierarquia:	
ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS,SES e SMS)	INTERNACAO	FEDERAL	ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	08-Alta HOSP/AMB	
Verifique os Dados Contidos no seu Cadastro. Se houver alguma divergência, procure seu gestor local para proceder os acertos devidos.					
Este comprovante foi impresso dia 16/3/2015, pelo CNESnet, tendo fé pública em todo território nacional. Autenticação código = 2269880795054308					

